

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Nutriční terapeut



Michaela Bičianová

Stravovací zvyklosti zdravotníků

Eating habits of health care professionals

Bakalářská práce

Vedoucí práce: MUDr. Eva Meisnerová

Praha, 2019

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literatury. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 25. 4. 2019

Michaela Bičianová

Poděkování

Ráda bych na tomto místě poděkovala své vedoucí bakalářské práce MUDr. Evě Meisnerové za pomoc a odborné rady při zpracování této práce.

Identifikační záznam

BIČIANOVÁ, Michaela. Stravovací zvyklosti zdravotníků. [Eating habits of health care professionals]. Praha, 2019. 53 s., 1 příl. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, IV. interní klinika 1. LF UK a VFN v Praze. Vedoucí práce MUDr. Eva Meisnerová.

ABSTRAKT

Tato bakalářská práce se zabývá stravovacími zvyklostmi nutričních terapeutů a všeobecných sester. Dále se věnuje vlivu směnného provozu na stravování všeobecných sester a riziku poruch příjmu potravy u obou skupin.

Skládá se ze dvou částí. V teoretické části jsou popsány zásady zdravého stravování, problematika práce na směnný provoz a charakteristika poruch příjmu potravy. Praktická část pomocí dotazníku zjišťuje, jaké jsou stravovací zvyklosti nutričních terapeutů a všeobecných sester a jak se mezi sebou liší. Cílem je zjistit, zda se nutriční terapeuti na základě svého vzdělání stravují lépe než všeobecné sestry a jaký vliv má na stravování u všeobecných sester směnný provoz. Výsledky jsou zpracovány do grafů a tabulek.

Výsledky ukazují, že obecná výživová doporučení dodržují více nutriční terapeuti než všeobecné sestry. Dále z dotazníku vyplývá, že více než 50 % všeobecných sester se stravuje nepravidelně a že hlavní důvod pro vynechávání jídel během nočních služeb je nedostatek času. Také se zjistilo, že velké procento nutričních terapeutů šlo studovat svůj obor, aby získalo více informací o výživě. Potvrdilo se, že nutriční terapeuti i všeobecné sestry jsou rizikovou skupinou pro poruchy příjmu potravy.

klíčová slova: stravovací zvyklosti, výživa, výživová doporučení, nutriční terapie, všeobecné sestry, poruchy příjmu potravy

ABSTRACT

This bachelor thesis deals with eating habits of nutrition therapists and nurses and with influence of shift work on boarding of nurses. It also dedicates to risks of eating disorders in both groups.

It consists of two parts. In the theoretical part are described principles of healthy eating, issues of shift work and characteristic of eating disorders. The practical part uses the questionnaire to find out how the dietary habits of nutrition therapists and nurses differ. The aim is to find out whether nutrition therapists eat better than nurses on the basis of their education, and how shift work affects boarding of nurses. The results are processed into graphs and tables.

The results show that general nutritional recommendations follow more nutrition therapists than nurses. Furthermore the questionnaire shows that more than 50% of nurses eats irregularly and the main reason for skipping meals during the night shift is lack of time. It has also been found that a large percentage of nutrition therapists have begun to study their field to get more information about nutrition. It has been confirmed that both nutrition therapists and nurses are in risk group for eating disorders.

keywords: eating habits, nutrition, dietary recommendations, nutritional therapy, nurses, eating disorders

Obsah

1. ÚVOD	8
2. SOUČASNÝ STAV POZNÁNÍ	10
2.1. ZÁSADY ZDRAVÉHO STRAVOVÁNÍ	10
2.1.1. Příjem a výdej energie	10
2.1.2. Sacharidy	11
2.1.3. Bílkoviny.....	13
2.1.4. Tuky	13
2.1.5. Cholesterol.....	15
2.1.6. Vitaminy.....	15
2.1.7. Minerální látky.....	16
2.1.8. Pitný režim	16
2.2. PRÁCE NA SMĚNNÝ PROVOZ	17
2.2.1. Cirkadiánní rytmus.....	17
2.2.2. Stravování během nočních služeb.....	18
2.3. PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY	20
2.3.1. Rizikové faktory vzniku poruch příjmu potravy.....	20
2.3.2. Povolání nutriční terapeut jako rizikový faktor PPP.....	22
2.3.3. Anorexie.....	23
2.3.4. Bulimie	24
2.3.5. Psychogenní přejídání.....	24
3. POUŽITÉ METODY.....	25
3.1. CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU	25
3.2. ZPRACOVÁNÍ DAT	25
4. VÝSLEDKY	26
5. DISKUSE.....	38
6. ZÁVĚR.....	42
7. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	43
SEZNAM ZKRATEK	45
SEZNAM GRAFŮ	46
SEZNAM TABULEK.....	47
SEZNAM PŘÍLOH	48
EVIDENCE VÝPŮJČEK	53

1. Úvod

Téma bakalářské práce jsem si zvolila, protože je mi daná problematika blízká. Díky studiu oboru nutriční terapeut přicházím do styku nejen s dalšími studenty, ale i s již pracujícími nutričními terapeuty. V rodině mám také několik všeobecných sester, které problémy stravování a směnného provozu zmiňují. Další důvod pro zvolení tohoto tématu je můj zájem o poruchy příjmu potravy a příčiny jejich vzniku.

Výživa a výběr konzumovaných potravin mají velký vliv na prevenci a léčbu až 75 % onemocnění a u jedné třetiny chorob jsou dokonce hlavním faktorem jejich vzniku. Nejvíce způsob stravování souvisí s nádorovými onemocněními, diabetem, vysokým krevním tlakem a aterosklerózou. Významně působí také na onemocnění gastrointestinálního traktu, vrozené vývojové vady a na plicní, infekční a nervová onemocnění (Svačina, Müllerová, & Bretšnajdrová, 2013).

Protože správné stravování je klíčové pro vedení plnohodnotného a aktivního života, měl by každý k výběru potravin, které konzumuje, přistupovat s přihlédnutím k tomuto faktu. Důležité je, najít ve stravování rovnováhu, zachovávat pestrost a upřednostňovat hodnotné potraviny, automaticky potom jídelníčku nezbyde prostor na ty nekvalitní (Kunová, 2011).

Stává se, že mnozí lidé nevědí, co přesně pojem zdravé stravování znamená, protože mají přístup k velkému množství informací a nejsou si jistí, které jsou ty správné. Pravdou je, že kvalita mnohých článků je nedostatečná a pro média, spíše než relevantnost informací, je důležitá sledovanost a atraktivita. Při čtení článků o výživě je nutné kriticky uvažovat o tom, které jsou pravdivé a které zavádějící. Pozor by se mělo dávat především na reklamy, kde výrobci vyzdvihují určité potraviny jako zdravé, avšak opak je pravdou. Například to, že sušenky obsahují vlákninu, není ve výsledku prospěšné, protože také obsahují velké množství cukru. Zde je nutné překonat přirozenou pohodlnost a zjišťovat složení potravin, ne pouze prohlížet obal z přední strany (Kunová, 2011).

Jídlo se také kromě toho, že je pro nás zdrojem energie a prevencí mnohých onemocnění, může stát důvodem vzniku poruchy příjmu potravy (PPP). Toto onemocnění poškozuje zdraví nejen duševní, ale i fyzické, a vzniknout může v dětství, ale i v dospělosti. Práce nutričního terapeuta patří mezi povolání spojené s rizikem vzniku PPP, jednou z příčin je tlak působit reprezentativně a jako vzor pro své pacienty, další příčinou je nutnost mít co největší povědomí o dietní problematice. Z důvodu častého hladovění během směn a následného přejedení se tato problematika týká i všeobecných sester (Vránová, 2013), (Mahn & Lordly, 2015), (Butscher & Moore, 2015).

Praktická část této práce pomocí dotazníku zkoumá, jaké jsou stravovací zvyklosti nutričních terapeutů a všeobecných sester a porovnává vzájemné odlišnosti. Cílem je zjistit, zda se nutriční terapeuté na základě svého vzdělání stravují lépe než všeobecné sestry a jaký vliv má na stravování u všeobecných sester směnný provoz. Výzkum se také věnuje riziku vzniku poruch příjmu potravy u obou skupin.

2. Současný stav poznání

2.1. Zásady zdravého stravování

Výživa je jeden z faktorů pro předcházení civilizačním chorobám a některým nádorovým onemocněním, který navíc můžeme sami zcela ovlivnit. Následující kapitola pojednává o dopadu výběru potravin na zdravotní stav člověka, energetickém metabolismu a základních složkách výživy (Kunová, 2011).

2.1.1. Příjem a výdej energie

Energetická balance

Pro stanovení energetické balance je třeba určit množství přijaté a vydané energie jedince. Na základě toho je vidět, zda má člověk pozitivní energetickou bilanci, a bude tedy přibírat na váze, nebo negativní energetickou bilanci a bude hubnout. Negativní energetická balance není dlouhodobě udržitelná.

- příjem energie > výdej energie = pozitivní energetická balance
- příjem energie < výdej energie = negativní energetická balance

(Svačina, Müllerová, & Bretšnajdrová, 2013)

Energetická potřeba

Energetická potřeba se skládá z 50 až 70 % z bazálního neboli klidového výdeje, za ten označujeme energetický výdej osoby ležící a lačnící 12 hodin při teplotě 20 °C. Dále je tvořena z energie potřebné na trávení a vstřebávání stravy a fyzickou zátěž. Ovlivňovat ji mohou ještě různá onemocnění.

Bazální metabolismus (BMR) určuje množství energie potřebné pro základní tělesné funkce, jako je například činnost srdce, mozku a dýchání. Jeho hodnota je závislá na věku a pohlaví jedince, u mužů je vyšší než u žen a s věkem se snižuje. Vypočítat jej lze pomocí Harrisovy a Benediktovy rovnice, která je pro obě pohlaví rozdílná.

- Muži: $BMR = 66,47 + 13,75 \times \text{hmotnost (kg)} + 5 \times \text{výška (cm)} - 6,75 \times \text{věk (roky)}$
- Ženy: $BMR = 655,09 + 9,6 \times \text{hmotnost (kg)} + 1,86 \times \text{výška (cm)} - 4,86 \times \text{věk (roky)}$

Zdroje, ze kterých organismus dokáže čerpat energii, jsou sacharidy, bílkoviny, tuky a alkohol. Hodnota energie se uvádí v kilojoulech (kJ) či kilokaloriích (kcal), kdy 1 kcal = 4,184 kJ.

Hodnoty jednotlivých energetických zdrojů jsou následující:

- sacharidy: 1 g = 17 kJ
- bílkoviny: 1 g = 17 kJ
- alkohol: 1 g = 30 kJ
- tuk: 1 g = 38 kJ

(Kasper, 2015), (Svačina, Müllerová, & Bretšnajdrová, 2013)

Doporučení ohledně příjmu energie

Doporučení týkající se příjmu energie vydala poprvé v roce 1956 Německá společnost pro výživu. Tato doporučení se měnila s vývojem nových vědeckých poznatků a v roce 2000 byla nahrazena publikací Referenční hodnoty pro přívod potravy. Podílely se na ní Společnosti pro výživu Německa, Rakouska a Švýcarska, přezdívá se jí tedy D-A-CH-referenční hodnoty. Tyto referenční hodnoty pokryjí energetickou potřebu zdravých osob. U nich se předpokládá, že zajistí ochranu před nemocemi souvisejícími s výživou a že zajistí dostatečný energetický příjem pro běžný fyzický výkon. Hodnoty se nevztahují na nemocné a podvyživené jedince, pro pacienty v rekonvalescenci jsou také nedostatečné (Kasper, 2015).

2.1.2. Sacharidy

Sacharidy se dělí na jednoduché a složité. Jejich příjem v dnešní době tvoří největší část přijaté energie ve výši kolem 50 %, z čehož je přibližně 20 % přijímáno ve formě jednoduchých cukrů (Kasper, 2015).

Jednoduché sacharidy

Za jednoduché sacharidy se považují monosacharidy a disacharidy. Vyznačují se sladkou chutí. Monosacharidy jako jediné mohou být vstřebávány do krve, mezi nejznámější patří glukóza (hroznový cukr) a fruktóza (ovocný cukr). Z disacharidů je nejvýznamnější sacharóza (řepný cukr), dále laktóza (mléčný cukr) a maltóza (sladový cukr).

Příjem jednoduchých cukrů je v dnešní době hlavně v západních zemích příliš vysoký. Za posledních 200 let u nás tato spotřeba vzrostla o 39,75 kg na osobu za rok, a to

i navzdory skutečnosti, že se bez nich člověk může zcela obejít. V dřívějších dobách byly sacharidy přijímány nejčastěji jako škrob (Kunová, 2011).

Složené sacharidy

Složené neboli komplexní polysacharidy obsahují kromě sacharidových jednotek i proteiny, peptidy a lipidy. Jejich zdrojem jsou například obiloviny, brambory, luštěniny a zelenina. Aby mohly být vstřebány do krve, štěpí se na glukózové jednotky, rychlost jejich štěpení je dána glykemickým indexem (Kunová, 2011).

Vláknina

Vlákninu řadíme mezi polysacharidy, jejími hlavními zdroji jsou celozrnné obiloviny, luštěniny, ořechy, zelenina a ovoce. Pro dospělého člověka je její doporučené množství 20-30 g denně, průměr jejího příjmu se však kvůli zvýšené konzumaci technologicky upravených potravin pohybuje pouze kolem 10 g, u seniorů dokonce 6-7 g za den. Naopak při jejím nadužívání se sníží vstřebávání některých důležitých látek, například vápníku. Vláknina se dělí na rozpustnou a nerozpustnou.

Rozpustná vláknina nabývá na objemu pohlcováním vody. Pokud je tedy zařazena do jídelníčku, cítí se člověk dříve a na delší dobu nasycen, což je využíváno u redukčních diet. Díky bakteriím tlustého střeva může být částečně fermentována na jednodušší látky a vyživovat střevo. Tyto látky mohou být také zdrojem energie, kdy 1 g odpovídá 8 kJ. Patří k ní například pektin.

Nerozpustná vláknina zrychluje střevní pasáž a zabraňuje tak vstřebávání škodlivých látek a střevo čistí. Zpomaluje rychlost vstřebávání glukózy do krve a snižuje glykemický index potravin. Patří k ní celulóza a hemicelulózy (Chrpová, 2010), (Piňha & Poledne, 2009).

Glykemický index

Vlastnost potravin zvyšovat hladinu krevního cukru se nazývá glykemický index (GI). Čím je jeho hodnota vyšší, tím více po jídle stoupne glykemie, a tím větší množství inzulínu se musí vyplavit. Inzulín je hormon produkovaný slinivkou břišní a je jeden z faktorů zodpovědných za ukládání tuku. Výhodné je konzumovat potraviny a pokrmy s nízkým GI. Nejen kvůli zdravotní prevenci - hyperinzulinémie je rizikovým faktorem pro vznik srdečně-cévních onemocnění, ale i kvůli snížení frekvence pocíťování hladu (Piňha & Poledne, 2009).

2.1.3. Bílkoviny

Příjem bílkovin by se měl ideálně pohybovat mezi 1-1,5 g na kilogram ideální tělesné hmotnosti, avšak jejich minimální příjem by měl být alespoň 0,6 g/kg. Bílkoviny neboli proteiny mají v těle spoustu nepostradatelných funkcí. Jsou stavební látkou našeho těla, potřebné kvůli stavbě nových tkání a obnově těch poškozených. Dále jsou důležité pro tvorbu enzymů, hormonů, nukleových kyselin, bílkovin krevní plazmy, a dalších funkčních bílkovin organismu. Pokud je v těle nedostatek jiných živin, dá se bílkoviny pokrýt i energetická potřeba.

Rozštěpením bílkovin vznikají v těle dále využitelné stavební jednotky - aminokyseliny. Ty se dělí na esenciální, které si tělo nedokáže samo vytvořit a musí se přijímat potravou, a na neesenciální. Celé spektrum esenciálních aminokyselin se vyskytuje v živočišných zdrojích bílkovin, říká se jim proto bílkoviny plnohodnotné. Při alternativní rostlinné stravě je třeba potraviny mezi sebou kombinovat tak, aby se všechny nepostradatelné aminokyseliny pokryly, i přes konzumaci neplnohodnotných bílkovinných zdrojů, jako jsou luštěniny, ořechy, semena a obiloviny (Kunová, 2011), (Chrpová, 2010).

2.1.4. Tuky

Podle referenčních hodnot D-A-CH je doporučeno, aby z celkového příjmu energie bylo pokryto 30 % tuky a poměr mezi nasycenými a nenasycenými mastnými kyselinami byl 1:2. Při konzumaci tuků pod 20 % z energetického příjmu hrozí hypovitaminózy vitamínů A, D, E, K a kvůli nedostatku mastných kyselin například horší hojivost ran a poruchy srdečního rytmu (Piňha & Poledne, 2009), (Kasper, 2015).

Tuky neboli lipidy jsou zdroj energie s nejvyšší energetickou hodnotou a s největším sytícím efektem. Jsou nositeli vitamínu rozpustných v tucích (A, D, E, K), esenciálních mastných kyselin, sterolů, a dalších pro organismus nezbytných látek. Zvýrazňují chuť a vůni pokrmů a dodávají potravinám jemnou strukturu (Piňha & Poledne, 2009).

Tuk ve stravě je tvořen hlavně triacylglyceroly, a to přibližně z 98 %. Jejich hlavní složkou jsou mastné kyseliny (MK), které se dále dělí podle počtu nasycených vazeb v uhlíkatých řetězcích (Svačina, Müllerová, & Bretšnajdrová, 2013).

Nasycené mastné kyseliny

Nasycené MK jsou nejen zdrojem energie, ale i nepostradatelnou součástí buněčných membrán. Lidské tělo si je dokáže samo syntetizovat. Za pokojové teploty jsou v tuhém skupenství. V potravě se vyskytují hlavně v živočišných tucích, výjimkou jsou kokosový a palmový olej, které také obsahují mnoho nasycených MK. Dále jsou obsaženy

ve výrobcích, do kterých se přidávají ztužené tuky, například v náplních a polevách sušenek nebo v listovém těstu. Tyto průmyslově zpracované potraviny jsou pro naše zdraví nevhodné kvůli způsobování různých chorobných procesů, hlavně kvůli riziku srdečně-cévních onemocnění (Svačina, Müllerová, & Bretšnajdrová, 2013), (Piřha & Poledne, 2009).

Nenasycené mastné kyseliny

Nenasycené MK jsou při pokojových teplotách tekuté a nazývají se oleje. Dále se dělí na cis-mononenasycené a cis-polynenasycené, což jsou esenciální omega-3 a omega-6 mastné kyseliny. Postavení cis znamená, že vodíkové atomy se vyskytují na stejné straně vazby.

Mononenasycené MK obsahují pouze jednu dvojnou vazbu. Vyskytují se v buněčných membránách nervových tkání, jsou důležité kvůli jejich struktuře. Nejvýznamnější z nenasycených MK je kyselina olejová, která tvoří největší část příjmu v potravě. Nalezneme je v olivovém, konopném, slunečnicovém a řepkovém oleji.

Omega-3 polynenasycené MK obsahují více dvojných vazeb, z nichž jedna se vyskytuje na 3. uhlíku, počítáno od methylového konce. Nejvýznamnější je kyselina α -linolenová, jejíž příjem je důležité hlídat hlavně v období růstu, při nedostatku by se totiž mohly vyskytnout vývojové poruchy a neurologická onemocnění. Kyselina α -linolenová je prekurzorem kyseliny eikosapentaenové (EPA), a ta je prekurzorem pro syntézu n-3 eikosanoidů, které působí kardioprotektivně. EPA se nachází nejvíce v tučných rybách a kyselina α -linolenová se vyskytuje hlavně ve lněných semínkách a vlašských ořeších (Svačina, Müllerová, & Bretšnajdrová, 2013).

Omega-6 polynenasycené MK opět obsahují více dvojných vazeb, jedna z nich se vyskytuje na 6. uhlíku, počítáno od methylového konce. Nejvýznamnější je kyselina linolová, jejíž nedostatečný příjem způsobuje růstové poruchy a trofiku kůže. Je prekurzorem pro syntézu kyseliny arachidonové, díky které se tvoří eikosanoidy. Ty mají důležitou roli v buněčné signalizaci a jsou součástí struktury buněčných membrán. Najdeme je například ve slunečnicovém oleji, kukuřičném oleji a margarínech (Svačina, Müllerová, & Bretšnajdrová, 2013), (Piřha & Poledne, 2009).

Protože kyselina arachidonová má prozánětlivé účinky, zatímco omega-3 MK působí naopak protizánětlivě, je důležité udržovat ve stravě jejich určitý poměr. Ideální je poměr 1-1,5:1, ale pokud je tento poměr do 4:1, je i tak zaznamenán pokles zánětlivé aktivity. Při vysokém poměru omega-3:omega-6 MK ve stravě je vyšší riziko kardiovaskulárních

onemocnění a nově je spojován i s některými onkologickými onemocněními (Svačina, Müllerová, & Bretšnajdrová, 2013).

Trans-nenasycené mastné kyseliny

Postavením minimálně jedné vazby v trans-konfiguraci napodobují trans-MK svými vlastnostmi nasycené mastné kyseliny. Jsou rizikové kvůli onemocnění koronárních cév, je možné, že ovlivňují také riziko vzniku karcinomu tlustého střeva, alergických onemocnění a diabetu 2. typu (Kasper, 2015), (Svačina, Müllerová, & Bretšnajdrová, 2013).

Vyskytují se v potravinách, u kterých se při jejich výrobě používá ztužování rostlinných olejů, při kterém z kyseliny olejové vzniká trans-MK elaidová, škodlivé účinky trans-mastných kyselin se vztahují pouze na ni. Dále se vytváří v mléčných žlázách přežvýkavců, avšak zde vzniká trans-MK vakcenová, mléčného tuku se tedy nepříznivé účinky netýkají (Kasper, 2015).

2.1.5. Cholesterol

Cholesterol je steroidní látka vyskytující se tam, kde se nachází živočišné tuky. Má podobné vlastnosti jako tuky a nachází se s nimi v lipoproteinech, tedy v buněčných membránách. Také je v těle využíván k tvorbě vitamínu D, mužských i ženských pohlavních hormonů a žlučové kyseliny. Cholesterol si buď organismus vytváří sám, nebo je přijímán ze stravy (Chrpová, 2010).

2.1.6. Vitaminy

Vitaminy jsou látky esenciální. Dělíme je na rozpustné ve vodě, to jsou vitaminy skupiny B a vitamin C. A na rozpustné v tucích, sem patří vitaminy A, D, E a K. Při pestré stravě není v současné době v západních zemích u zdravých jedinců vážnější problém s vitamínovými karencemi (Svačina, Müllerová, & Bretšnajdrová, 2013), (Chrpová, 2010).

Vitaminy rozpustné ve vodě

U těchto vitaminů při předávkování nehrozí hypervitaminózy. Účastní se mnoha podstatných metabolických procesů a přispívají ke správné funkci nervové činnosti. Vitamin B12 a kyselina listová jsou důležité pro krvetvorbu. Zde by si měli dát pozor lidé konzumující pouze rostlinnou stravu na deficit vitamínu B12, který sice dokáží vytvářet bakterie tlustého střeva, ale protože se vstřebává v počátečním úseku střeva tenkého, je nutné ho přijímat potravou. Zdroj vitamínu B12 nalezneme pouze v živočišných zdrojích. Dalším významným vitamínem v této skupině je vitamin C, je to antioxidant a tvoří se díky němu kolagen (Chrpová, 2010), (Kasper, 2015).

Vitaminy rozpustné v tucích

U nadbytečného příjmu těchto vitaminů hrozí jejich kumulace v organismu. Naopak u pacientů trpících onemocněním gastrointestinálního traktu může hrozit jejich nedostatek.

Vitamin A je důležitý pro dobrý zrak a zdravou kůži a sliznice. Pozor je však nutné dávat u gravidních žen, kdy vysoké dávky vitaminu A mohou být toxické. Vitamin D se účastní kostního metabolismu, jeho dostatečný příjem je nutné hlídat u dětí a seniorů. Vitamin K podporuje správnou srážlivost krve a vitamin E je podstatný pro reprodukci a má antioxidační účinky (Chrpová, 2010), (Kasper, 2015), (Svačina, Müllerová, & Bretšnajdrová, 2013).

2.1.7. Minerální látky

Mezi důležité minerální látky se řadí vápník, pro který je doporučená denní dávka pro zdravého dospělého člověka 1000 mg za den. Vápník je součástí kostí a zubů, umožňuje svalovou kontrakci a účastní se přeměny fibrinogenu na fibrin, čímž umožňuje srážení krve. Při jeho snížené míře v krvi se vyplaví parathormon, který vyrovná jeho hladinu vápenatými kationty z kostí. Pro celkové správné fungování kostního metabolismu je třeba přijímat nejen vápník, ale i hořčík, fosfor a vitamin D. Poměr vápníku, fosforu a hořčíku ve stravě by měl být 2:1:1. Nejvýznamnějším zdrojem vápníku jsou mléčné výrobky, můžeme ho přijímat i z některých rostlinných zdrojů, z těch je ale jeho využitelnost horší.

Hořčík v těle obsahují kosti, tělní tekutiny a také ho nalezneme jako složku mnoha enzymů. Protože je součástí chlorofylu, v potravě ho najdeme především v zelenině, dále také v masu a vnitřnostech. Fosfor se nachází v kostech a zubech a je důležitý pro metabolismus živin, najdeme ho v buněčných membránách a v adenosintrifosfátu, látce sloužící pro úschovu energie.

Dalšími významnými minerálními látkami pro organismus jsou například draslík, který je důležitý pro správnou funkci srdce a svalů a chlor, účastní se tvorby žaludeční kyseliny (Chrpová, 2010).

2.1.8. Pitný režim

Dostatečný pitný režim je důležitou součástí zdravého životního stylu, dospělý člověk by měl denně vypít kolem 2,5 litru tekutin, avšak při vyšších teplotách a větší tělesné zátěži je potřeba toto množství navýšit. Jako zdroj tekutin je nejlepší nesycená pramenitá pitná voda a slabý přírodní čaj. Minerální vody je také výhodné zařazovat do pitného režimu, a to hlavně v létě a při sportovních aktivitách, kdy nám pomůžou doplnit minerály.

Jejich druhy by se měly střídát a maximální objem by měl být 500 ml za den. K doplňování tekutin nejsou vhodné slazené nápoje, limonády, alkohol a káva (Zlatohlávek, 2016), (Kasper, 2015), (Chrpová, 2010).

2.2. Práce na směnný provoz

Následující kapitola se zabývá problematikou střídavých pracovních směn a tím, jak zaměstnanec ovlivňuje noční směny a nedostatek pauz a času na jídlo.

2.2.1. Cirkadiánní rytmus

Cirkadiánní rytmus je biorytmus trvající přibližně jeden den, tedy 24 hodin, odvozen je od doby rotace naší planety kolem své osy. Podléhá mu mnoho funkcí, například tělesná teplota, renální funkce, metabolická aktivita, uvolňování hormonů, krevní tlak a další. Dále souvisí jak s gastrointestinálním traktem (GIT), jeho hormony a sekrecí trávicích šťáv, tak s příjmem potravy. K poruchám cirkadiánního rytmu může u člověka dojít při poškození suprachiasmatického jádra hypotalamu, který má funkci takzvaných biologických hodin. Toto jádro je napojené na zrak a při absenci světla se díky němu secernuje ve vyšší míře melatonin, což je hormon zodpovědný za navození spánku.

V cirkadiánním rytmu se střídá spánek s bděním. Bdění je stav, kdy je v aktivitě centrální nervový systém (CNS) a organismus tedy může přijímat informace a reagovat na vnější podněty. Při bdění jsou čerpány energetické zdroje celého těla, obzvláště mozku. Spánek je stav, při kterém se střídá několik cyklů tvořených dvěma fázemi, a to non-REM spánkem, při kterém dochází k regeneraci a REM spánkem, při kterém si nervový systém upevňuje paměťové stopy, které ten den získal. Při spánkové absenci může dojít nejen k poruchám CNS, jako je podrážděnost, neadekvátní reakce, vyšší míra chybování, nesoustředěnost a další, ale i k poruchám somatickým, jako jsou například trávicí a žaludeční poruchy (Mourek, 2012).

Střídavé směny a narušení cirkadiánní rytmicity

Protože se u člověka bdělost váže na den a spánek na noc a tmu, vedou často střídavé pracovní směny a nedostatečné pauzy při práci k poruše cirkadiánní vyváženosti a zhoršené regulaci sekrece melatoninu. Proto je u sester riziko vzniku depresivních poruch, narušení cirkadiánní rytmicity také vede k poruchám spánku, syndromu vyhoření, úzkostnosti, vyčerpání a panickým reakcím. Zvyšuje se míra přejídání a kouření (Drábková, 2017).

Dopad únavy na kvalitu vykonávaných profesí

Zatímco odvětví, jako je letectví, řízení nákladních automobilů, jaderná energie a další, kde by chyba zaměstnance kvůli únavě mohla být fatální, mají stanovena omezení v počtu odpracovaných hodin denně, zdravotní sestry, u kterých může být chyba rovněž fatální, žádné takovéto omezení nemají, i přes to, že dlouhá pracovní doba a přesčasy mohou snižovat kvalitu poskytované péče a ohrožovat osobní bezpečnost i bezpečnost pacientů. Riziko chybování se zvyšuje, protože vyčerpání souvisí se zhoršením psychomotorických, kognitivních a behaviorálních funkcí. Takto přepracovaní lidé pak mají sníženou motivaci k dokončování úkolů, zpomalené reakce a snižuje se jim pozornost (Witkoski, 2019).

2.2.2. Stravování během nočních služeb

Protože během směn všeobecných sester nebývá dostatek času ani prostoru na jídlo a pití, často se stává, že jsou mezi jednotlivými pokrmy dlouhé pauzy, nebo jsou některé úplně přeskočeny. Takovéto hladovění může způsobit pokles hladiny glykémie, což vede k následnému přejedení. To s sebou nese následky jako třeba příbytek na váze a poruchy spánku. Další důsledky nepravidelného stravování a nedostatku spánku bývají ztráta schopnosti pociťovat hlad, místo něj nastane pouze pocit poklesu energie, a s tím související porucha pocitu sytosti, což opět vede k přejídání. Pro sestry je ale důležité mít vyrovnanou hladinu energie a být fyzicky připravené k práci, protože často manipulují s pacienty, což může znamenat zvedání poměrně těžkých vah (Butscher & Moore, 2015), (Murray, 2013).

Správná strava během noční služby

I během noční směny by měla být dodržena pravidelnost v jídlech, to znamená, že i přes pozdnější vzbuzení, je vhodné první jídlo dne pouze posunout, nevynechávat ho. Důležitý je správný výběr a správná kombinace potravin. Při konzumaci sacharidů jako hlavního zdroje energie, je důležitá jejich kvalita. Upřednostňovány by měly být celozrnné obiloviny, pseudocereálie jako pohanka nebo amarant, brambory, batáty, zelenina a luštěniny. Přidaný cukr by měl být vyřazen nebo maximálně omezen. Pro snížení glykemického indexu sacharidových potravin a pro získání energie na delší dobu je výhodné sacharidové potraviny kombinovat s bílkovinami a kvalitními tuky. To znamená ovesnou kaši doplnit například ořechy a jogurtem a celozrnný žitný chléb šunkou a sýrem (Butscher & Moore, 2015).

Již bylo zmíněno, že zdravá strava je nezbytná k udržení duševní i fyzické pohody, je proto nezbytné jí přikládat vysokou prioritu. Ať už jde člověk na ranní, odpolední, či večerní službu, měl by si předem naplánovat a případně připravit jídla.

Při ranních směnách by se sestry měly vyvarovat tomu, aby přišly do práce hladové. Hladoví lidé mají tendenci sáhnout po nezdravé svačině, namísto toho, aby si připravili nutričně hodnotné jídlo. Také toho potom snědí více.

Vyhladovělý člověk po odpolední směně by se neměl bát najíst, i když zde existují mýty, že po večerním jezení se přibírá na váze a sacharidy po šesté hodině do jídelníčku nepatří. Zde je důležité si uvědomit, že záleží na celkovém energetickém příjmu a pocit hladu by se neměl ignorovat. Pokud tedy člověk zvolí kvalitní pokrm, jako třeba vaječnou omeletu se zeleninou, žampiony a chlebem, nebo vařené brambory s tuňákem, je to naprosto v pořádku.

Z některých výzkumů vyplývá, že s prací na noční směny souvisí váhový příbytek kvůli narušení cirkadiánního rytmu. Je ale také možné, že to způsobují spíše pokrmy, které si lidé během noční služby volí. Během noci mají totiž lidé tendenci volit jídla s vyšší energetickou hodnotou. Pro rychlé zvýšení míry energie je běžné dát si třeba sladké pečivo, k němu kávu, a výjimkou není přidání jednoho až dvou cukrů. Příjem jednoduchých cukrů se tak může vyšplhat až na dvojnásobek doporučené denní dávky. Opět tedy platí, že mít předem připravené jídlo z domova je nejlepší volba (Murray, 2013), (Cassie, 2012).

Pauzy během služeb

Přestože pauza na odpočinek nebo na jídlo během směny zvyšuje krátkodobý výkon a snižuje únavu, často k ní zdravotní sestry nemají příležitost. A pokud ji mají, nemusí být během ní zbaveny zodpovědnosti za pacienty, což může být stresující. Průzkum z roku 2009 proveden Americkou asociací sester zjistil, že 35 % sester si pauzy na jídlo bere zřídka nebo nikdy, podle dalšího si dají častěji přestávku kuřáčky než jejich nekouřící kolegyně. Obecně sestry často obětují svou možnost k přestávce péči o pacienty (Witkoski & Dickson, 2010).

Zlepšování situace

Ačkoliv v mnohých zdravotnických zařízeních pracovníci nemají možnost koupit si nutričně hodnotné jídlo a jsou odkázáni na vlastní přípravu, jsou zde tendence ke zlepšení. Například NHS - Národní zdravotnická služba Velké Británie - založila projekt Eat Well Nurse Well. Tato kampaň si klade za cíle zlepšit možnost zaměstnanců výběru kvalitního jídla před nezdravou svačinou, edukování sester o tom, jak zdravější strava ovlivní a zkvalitní jejich péči o pacienty a poskytnutí informací o zdravém stravování, vhodném naplánování jídel a tipech na vhodné a rychlé svačiny. Dále klade důraz na poskytnutí prostoru a času ke konzumaci kvalitního jídla a přidání zdravějších nabídek do jídelen (Keogh, 2014).

2.3. Poruchy příjmu potravy

V následující kapitole budou nejprve popsány rizikové faktory vzniku poruch příjmu potravy a vliv tohoto onemocnění na povolání nutriční terapeut. Dále budou více přiblíženy tři nejznámější poruchy, a to mentální anorexie, mentální bulimie a psychogenní přejídání.

2.3.1. Rizikové faktory vzniku poruch příjmu potravy

Na otázku, proč PPP vznikla u konkrétního člověka, nemáme zatím jednoznačnou odpověď. Co nyní víme, je, že klíčový rizikový faktor neexistuje, jedinec s dispozicemi k onemocnění je vystaven několika faktorům, které vedou k rozhodnutí proměnit svou postavu a redukovat hmotnost, s čímž jde ruku v ruce snaha změnit a ozdravit své stravovací zvyklosti. Za poruchami příjmu potravy se tedy skrývá více rizikových faktorů a pouhá přítomnost rizikového faktoru ještě neznamena nutnost onemocnět, pouze zvyšuje pravděpodobnost vzniku nemoci. Opakem rizikových faktorů jsou faktory protektivní, ty riziko PPP snižují (Papežová, 2010), (Krčh, 2016).

Rozdělení rizikových faktorů

- *Zesilující faktory*: ty, které posilují působení rizikových faktorů, podílí se na vzniku nemoci a je nutné se na ně zaměřit při prevenci.
- *Udržovací faktory*: ty, které udržují již vzniklé onemocnění, je třeba se na ně zaměřit při léčbě.
- *Trvalé rizikové faktory*: během života nejdou změnit, jsou to třeba pohlaví a rasa.
- *Proměnlivé rizikové faktory*: během života se mohou měnit buď samovolně, například věk, nebo s lidským přispěním, například psychoterapie.
- *Specifické rizikové faktory*: jsou takové rizikové faktory, které predikují pouze onemocnění PPP.
- *Obecné rizikové faktory*: zvyšují nejen riziko PPP, ale také jiných psychiatrických onemocnění.

(Papežová, 2010)

Konkrétní rizikové faktory

Jako první zmíním tři námi neovlivnitelné faktory, a to *věk, pohlaví a etnický původ*. U věku (nespecifický, proměnlivý rizikový faktor) je nejrizikovější období od adolescence do časně dospělosti, to znamená přibližně od 15 do 25 - 30 let. Pro označení konce této hranice bereme ohled nejen na věk, ale i na osobní zralost a zodpovědnost. U pohlaví je k onemocnění náchylnější ženská část populace, mužům je diagnóza PPP stanovena výjimečně. Co se etnického původu týká, některé americké výzkumy tvrdí, že

Afroameričanky inklinují, i přes jejich průměrně vyšší BMI, k dietám a posuzování své postavy v negativním smyslu méně často než Američanky europoidní rasy. PPP se proto přezdívá „nemoc bílých dívek“. Avšak podle současných výzkumů jsou na tom již všechny rasy stejně, a rizikovější než etnická příslušnost, je místo pobytu, životní styl a západní ideál štíhlosti (Papežová, 2010), (Langmeier & Krejčířová, 2006).

Tyto osobnostní faktory - *impulzivita, perfekcionismus a obsedantně-kompulzivní osobnost* se často vyskytují u lidí s PPP, přestože dosavadní longitudinální studie u perfekcionismu a dotazníkové metody u impulzivity zatím spojitost nepotvrdily. Víme, že impulzivita souvisí se zneužíváním návykových látek. Teorii, že souvisí i s PPP, nahrává fakt, že muži s tímto osobnostním rysem inklinují k prvnímu z problémů, zatímco impulzivní ženy spíše onemocní PPP. Jelikož se ale oba problémy často vyskytují společně, je možné, že příčinou například záchvatovitého přejídání může být pouze ztráta sebekontroly z důvodu užití návykové látky. Impulzivita s tím tedy vůbec nemusí souviset. Další riziko pro vznik PPP je kombinace následujících vlastností - snaha mít vše dokonalé, tedy perfekcionismus, který je dědičný, vysoké nároky na svou osobu a nízké sebevědomí. Zároveň se však perfekcionista dokáží po překonání nemoci lépe vrátit do normálního života, a to dlouhodobě.

Dalším z často diskutovaných rizikových faktorů je *negativní emocionalita*. Lidé cítící se dlouhodobě nepříjemně přebíjí toto nastavení mysli konzumací velkého množství jídla. Mají ho spojené s kladnými emocemi, jako je uvolnění, jistota a uspokojení, tyto lidé jsou citově nezralí. Často se uchylují také ke zvracení, které pro ně reprezentuje symbol očištění. Negativní emocionalita je faktor nespecifický, protože představuje riziko nejen pro špatný vztah k jídlu a nezanedbatelné množství psychických onemocnění, ale i pro negativní vztah k vlastnímu tělu (Papežová, 2010), (Taussig, 2017).

To, jestli jedinec onemocní či nikoliv, dále záleží na jeho *schopnosti zvládat krizové životní situace*. Ti, kteří po několika traumatických zážitcích podlehnou PPP, se cítí těmito událostmi více zasaženi, nedokáží na ně adekvátně reagovat a sami si s nimi poradit. Ve svých problémech se utápí a nemají vůli hledat řešení. Vyhýbají se vyhledání odborné pomoci, jsou nedostatečně informovaní a nevyvíjí snahu informace hledat. Spíše onemocní naopak ti, kteří tyto situace zvládnou a dělají vše pro to, aby našli řešení.

Dále může onemocnění vyvolat *negativní sexuální zážitek*, kvůli kterému je prožíván stud, nebo *sexuální zneužívání*, které je ještě rizikovější, pokud je pacientka zneužívána někým z rodiny a je při něm vyvíjeno násilí. Ohrožující jsou také *problémy v rodině, přílišný tlak* ze strany rodičů k dosahování vynikajících výkonů v různých oblastech, *hádky mezi rodiči před dětmi* nebo *prenatální a perinatální komplikace*. Přehnané *zaměřování se na*

vlastní tělo, ať už kvůli práci, jako je modeling, nebo snaze být štíhlá kvůli sportovní výkonnosti, je také s PPP spojováno, studie to však zatím označují pouze jako kolaterál.

Dalšími faktory jsou *separace* a *akulturace*. Dívky často onemocní mezi 18. a 20. rokem v době odchodu od rodičů. Pokud ještě nejsou připravené se osamostatnit, přinese jim nemoc pozornost a dočasné prodloužení pocitu bezpečí. Mladé ženy, které se přestěhují do zahraničí za studiem či prací, mají také zvýšenou pravděpodobnost onemocnění. Důvodem může být například přibytí váhy kvůli změně životního stylu a následná snaha o redukci nebo jim může kontrola příjmu pomáhat se zvládáním smutku a negativních emocí.

Velmi významným rizikovým faktorem souvisejícím s PPP je také dnešní *kult štíhlosti*, kdy nám média předkládají, že naše váha a vzhled souvisí s naší hodnotou. Dokázat však vliv médií na PPP není jednoduché, protože i lidé nesledující televizi a nekupující si módní časopisy vídají na ulicích billboardy zobrazující štíhlé modelky, působí na ně reklamy a komunikují s vrstevníky, kteří se těmto trendům vystavují častěji. Protože je tedy štíhlost v dnešní době mezi ženami znakem úspěchu, jsou ty s vyšším BMI více nespokojeny se svým tělem a mohou pak být náchylnější vlivu jiných rizikových faktorů. Uchylují se k držení diet nebo přímo k chování souvisejícímu s PPP, jako je třeba zvracení nebo užívání laxativ. Držení diet poté vede k záchvatovitému přejídání, které souvisí se snahou těla vyrovnat sníženou hladinu tryptofanu. Další důvod, proč tomu tak bývá, je přirozená potřeba člověka mít to, co si nejvíce odpírá (Papežová, 2010).

2.3.2. Povolání nutriční terapeut jako rizikový faktor PPP

U žen obecně je běžná nespokojenost s tím, jak vypadají a jak se stravují. Práce nutričního terapeuta, která je typická spíše pro ženy, patří společně s povoláními jako baletka, modelka, žokejka, herečka nebo letuška do skupiny ohrožené PPP. Nutriční terapeutky se cítí být pod tlakem, protože jejich práce vyžaduje udržovat si štíhlou postavu, aby byly příkladem svým klientům. Výzkumy ukazují, že se u lidí v tomto oboru vyskytuje nepravidelné stravování a špatné stravovací zvyklosti, jako například přejídání, nedostatečný energetický příjem nebo nevhodná redukce hmotnosti. I přes tyto stravovací návyky nemusí být splněna kritéria pro diagnózu PPP, avšak riziko onemocnění je zvýšené. Nesprávné stravovací návyky můžeme tedy společně s nespokojeností se svým tělem označit za rizikové faktory PPP. I přes to, že je zde jasná spojitost mezi stravou, postavou a nároky povolání, bylo na toto téma uděláno velmi málo výzkumů. Ještě méně jich bylo provedeno na téma studenti nutriční terapie a jejich problémy se stravou. Jedna ze studií na toto téma ukázala, že studenti nutriční terapie mohou vnímat svůj vzhled jako podmínku úspěchu ve svém budoucím povolání, což vede k vytvoření nové nebo prohloubení stávající

nespokojenosti se svým tělem. Jejich tendence kontrolovat svou váhu a hlídat si jídelníček je vyšší než u studentů jiných oborů.

Důvod, proč v oboru nutriční najdeme jedince, kteří trpí nebo v minulosti trpěli PPP, je, že se jídlem hodně zabírají a chtějí se o něm dozvědět co nejvíce, tento jejich zájem je poté často přivede ke studiu výživy. Výzkum zabírající se těmito důvody uvádí, že nejčastější příčinou (kolem 30 % účastníků) jejich volby je zkušenost s PPP a obezitou, ať už vlastní nebo někoho z blízkého okolí. Avšak funguje to i obráceně, tyto problémy se u studentů mohou projevit až po nastoupení ke studiu, důvodem může být velký příliv informací o výživě a časté řešení tohoto tématu. Někteří studenti uvádí snahu snížit hmotnost nevhodnými metodami, jako třeba využíváním laxativ, zvracením nebo vynecháváním jídel, přestože ví, že to pro jejich zdraví není dobré (Mahn & Lordly, 2015).

2.3.3. Anorexie

Mentální anorexie se dělí na restriktivní a purgativní. Aby byl diagnostikován druhý typ, musí pacientky splňovat kritéria mentální anorexie a zároveň k udržování nízké váhy využívat zvracení a projímadla.

Vyskytuje se u velmi mladých lidí. Může postihnout i děti mladší 10 let a není výjimkou, že se objeví již před dosažením 14. roku. U těchto případů je nutné problém řešit co nejdříve, protože hrozí zastavení tělesného růstu, který ještě nebyl dokončen a opoždění projevů puberty, dále pak dehydratace a brzké objevení zdravotních obtíží s anorexií souvisejících.

Člověka trpícího mentální anorexií poznáme podle specifického chování. Cíleně se snaží udržovat si velmi nízkou hmotnost s hodnotou BMI pod 17,5. Má zkreslenou představu o svém těle a bojí se možnosti váhového příbytku, proto se vyhýbá energeticky vydatným jídlům, jako jsou sladkosti, tučné pokrmy, bílé pečivo a tak dále. Tento seznam si postupně rozšiřuje a velmi důsledně ho dodržuje. Pokud má sníst něco mimo své dovolené potraviny, vymlouvá se a s jídlem manipuluje. Snaží se jíst o samotě a u každého chodu stráví dobu nepoměrně dlouhou velikosti porce. Dokáže nepřiměřeně dlouho mluvit o tom, co snědl, na co má chuť nebo jak přejedeně se cítí. Při každé příležitosti co nejvíce zvyšuje svůj energetický výdej, přestože bývá vlivem podvýživy vyčerpaný. Hlídá si svou postavu, posuzuje se před zrcadlem a srovnává se s ostatními. Čím je nemoc v pozdější fázi, tím více je sebecentrický, vyhýbá se své rodině a blízkým, je podrážděný, vznětlivý a ve špatné náladě.

S mentální anorexií se také vyskytují zdravotní komplikace. Typická je tak zvaná ženská triáda, což je kachexie, oligomenorea až amenorea a osteopénie až osteoporóza,

dále vypadávání vlasů, zhoršená pleť, zácpa a z důvodu úbytku tukové tkáně zimomřivost. U mužů se endokrinní porucha projevuje jako porucha potence (Procházková & Sladká-Ševčíková, 2017), (Krčh, 2010), (Tichá & Podracká, 2016).

2.3.4. Bulimie

Mentální bulimie se často vyvíjí z mentální anorexie. Pacientky trpící mentální bulimií se bojí příbytku na váze a touží být štíhlejší, než je považováno za zdravé. Velmi často přemýšlí o jídle, jedí ho ve velkém množství v průběhu krátkého času a snaží se utlumit jeho kalorický účinek. K tomu mohou využívat například zvracení, laxativa, diuretika, hladovky a pacienti léčící se s diabetem také inzulín (Papežová, 2018).

2.3.5. Psychogenní přejídání

Psychogenní přejídání patří mezi jeden z mnoha důvodů rozmáhající se obezity. Pacienti trpící tímto onemocněním se rovněž ve vysoké míře zabývají jídlem. Typické je u nich chování, které se nazývá „craving“, což znamená touha po jídle, která se dá přirovnat prahnutí po drogách a „binge eating“, což je přejídání, po kterém nastane pocit selhání, znechucení, viny a ztráty kontroly. Pacienti se přejídají, aniž by měli hlad, dokud netrpí bolestí břicha a necítí se absolutně přeplnění, za jeden takovýto záchvat zkonzumují 1500-4500 kcal, avšak nepotlačují kalorický účinek jídla žádnou z výše uvedených metod (Papežová, 2018).

3. Použité metody

Pro prozkoumání problematiky jsem zvolila kvantitativní metodu, a to konkrétně provedení výzkumu na základě anonymního dotazníkového šetření. Dotazník jsem vytvořila v online podobě pomocí Formulářů Google. Následně jsem jej vložila do facebookové skupiny, kde se sdružují zdravotníci, a požádala o vyplnění všeobecné sestry a nutriční terapeutky. Dále jsem požádala o rozeslání e-mailem několik pracovníků zdravotnických zařízení, které osobně znám. Dotazník mi správně vyplnilo 596 všeobecných sester a 137 nutričních terapeutů. Dotazník se skládal z 16 otázek, přičemž jedna z otázek byla k vyplnění pouze pro nutriční terapeutky a dvě z otázek pouze pro všeobecné sestry. Na základě vyplněných dotazníků byly porovnávány stravovací zvyklosti všeobecných sester a nutričních terapeutů. Také bylo z odpovědí zjišťováno, jak všeobecné sestry ve stravování ovlivňuje směnný provoz a zda se potvrdí sklony obou skupin k PPP.

3.1. Charakteristika výzkumného souboru

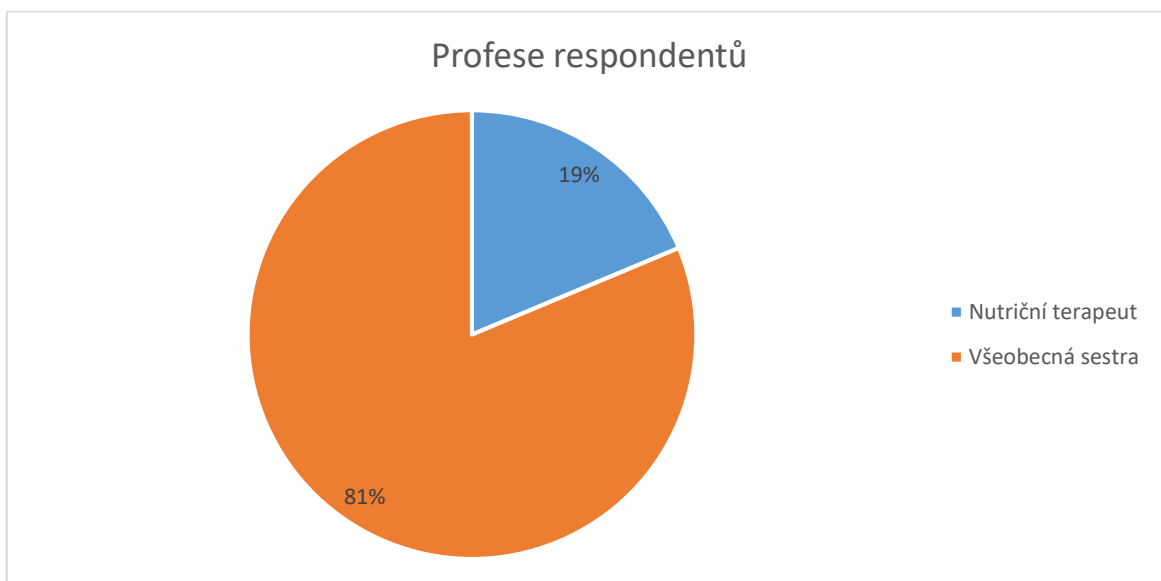
Dotazník vyplnilo celkem 830 zdravotníků, avšak kvůli chybně vyplněným odpovědím, nejčastěji u dotazu na výšku a váhu, kdy například chyběla číslice, jsem jich téměř 100 musela vyřadit. Výsledky jsou tedy zpracovány z odpovědí od 733 zdravotníků, a to konkrétně 596 všeobecných sester a 137 nutričních terapeutů. Největší část respondentů, která dotazník vyplnila, byla ve věku od 18 do 30 let.

3.2. Zpracování dat

Jednotlivé odpovědi z dotazníkového šetření jsem stáhla z Formulářů Google do programu Microsoft Excel, kde jsem je pomocí kontingenčních tabulek dále zpracovávala. Některé odpovědi jsem použila pro vytvoření vlastních skupin, například z údajů ohledně výšky a váhy respondentů jsem si vypočítala BMI, a to rozdělila na podváhu, normální hmotnost, nadváhu a obezitu 1., 2. a 3. stupně. Pro lepší grafické znázornění jsem vytvořila grafy a tabulky, které jsem doplnila slovními komentáři. Kvůli nepoměru počtu vyplněných dotazníků mezi oběma profesemi jsou výsledky pro jednodušší porovnávání mezi sebou v grafech znázorněny v procentech, nikoliv v číslech. To znamená, že pro číselný výsledek je třeba procentuální hodnotu vydělit stem a vynásobit počtem respondentů dané profese (596 u všeobecných sester a 137 u nutričních terapeutů).

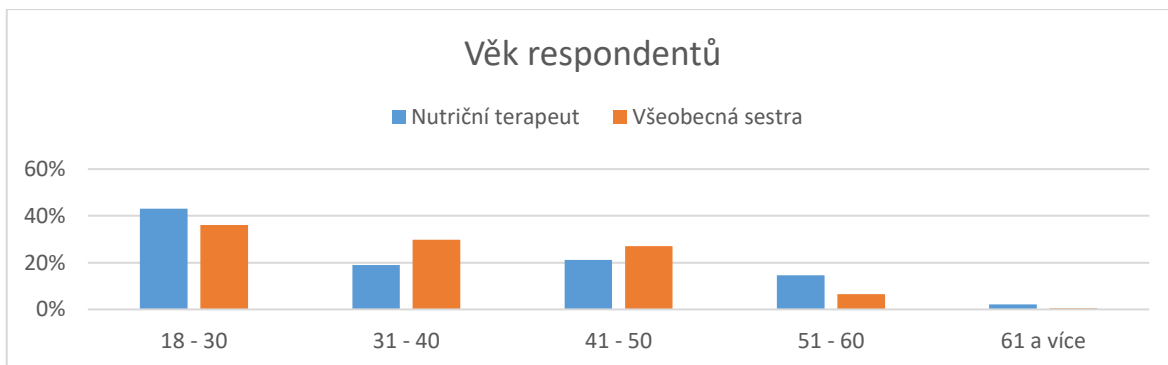
4. Výsledky

Graf 1 - Profese respondentů



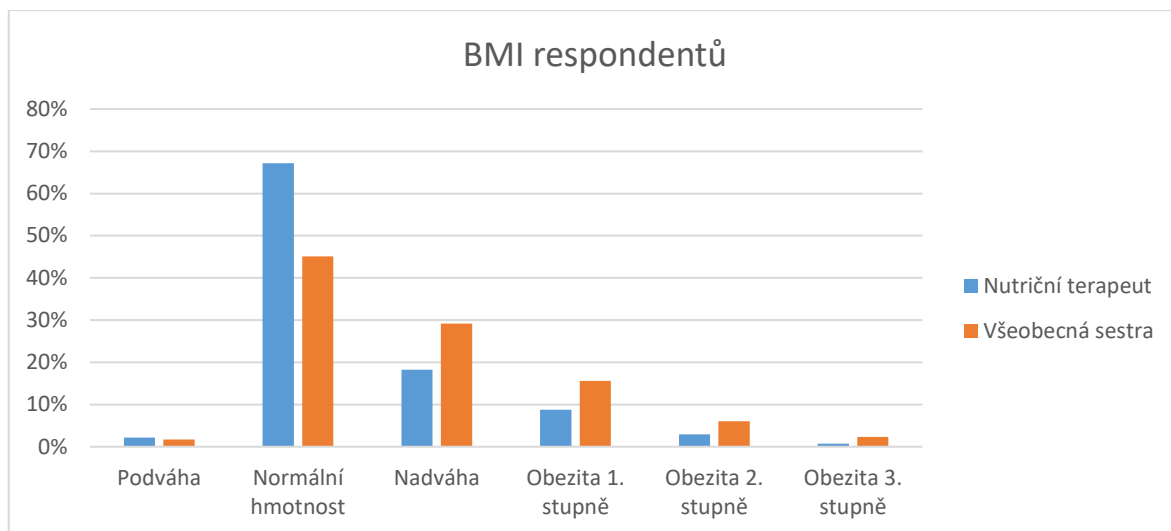
Dotazník vyplnilo celkem 733 zdravotníků, z toho bylo 596 všeobecných sester (81 % respondentů) a 137 nutričních terapeutů (19 % respondentů).

Graf 2 - Věk respondentů



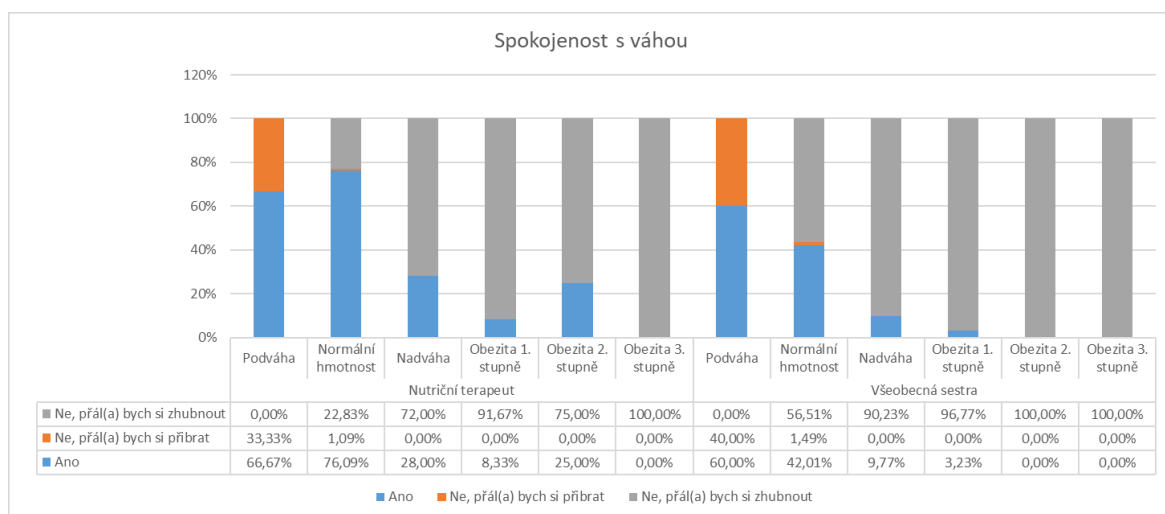
Největší zastoupení respondentů bylo ve věkové kategorii od 18 do 30 let (43 % nutričních terapeutů a 36 % všeobecných sester). Od 31 do 40 let odpovídalo 19 % nutričních terapeutů a 30 % zdravotních sester. Ve věku od 41 do 50 let odpovídalo 21 % nutričních terapeutů a 27 % všeobecných sester. Věk 51–60 let zastupuje 15 % nutričních terapeutů a 7 % všeobecných sester. Ve věkové skupině nad 61 let jsou 2 % nutričních terapeutů a 1 % všeobecných sester.

Graf 3- BMI respondentů



Jedna z otázek byla na výšku a váhu respondentů. Z těchto údajů jsem si vypočítala BMI. To jsem rozdělila na podvážku (hodnota BMI méně než 18,5), v té bylo zastoupeno 2,19 % nutričních terapeutů a 1,68 % všeobecných sester, normální hmotnost (hodnota BMI 18,5–25), tu mělo 67,15 % nutričních terapeutů a 45,13 % všeobecných sester, nadvážku (hodnota BMI 25–30), v té bylo 18,25 % nutričních terapeutů a 29,19 % všeobecných sester, obezitu 1. stupně (hodnota BMI 30–35), v té bylo zastoupeno 8,76 % nutričních terapeutů a 15,6 % všeobecných sester, obezitu 2. stupně (hodnota BMI 35–40), v té bylo 2,92 % nutričních terapeutů a 6,04 % všeobecných sester, a obezitu 3. stupně (hodnota BMI vyšší než 40), tu zastupovalo 0,73 % nutričních terapeutů a 2,35 % všeobecných sester.

Graf 4 - Spokojenost s váhou



Ani nutriční terapeuti, ani všeobecné sestry si při podvážce nepřály zhubnout, spokojených se svou váhou bylo 66,67 % nutričních terapeutů a 60 % všeobecných sester,

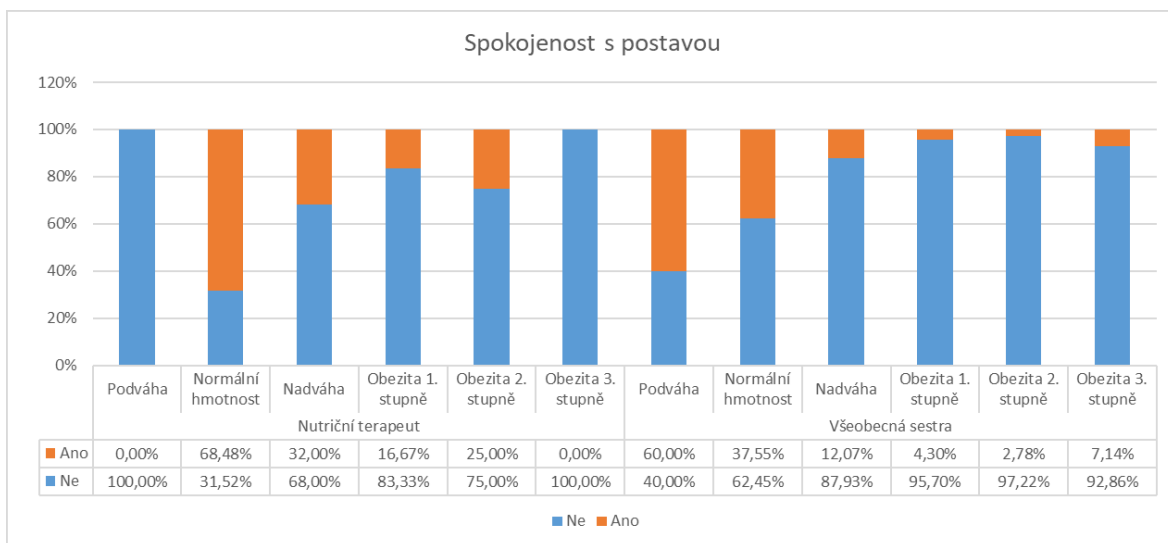
přibrat si přálo 33,33 % nutričních terapeutů a 40 % všeobecných sester. Při normální hmotnosti bylo spokojeno 76,09 % nutričních terapeutů a 42,01 % všeobecných sester, přibrat si přálo 1,09 % nutričních terapeutů a 1,49 % všeobecných sester a zhubnout by chtělo 22,83 % nutričních terapeutů a 56,51 % všeobecných sester. Od nadváhy výš už si nepřál přibrat žádný z respondentů. S nadváhou bylo spokojeno 28 % nutričních terapeutů a 9,77 % všeobecných sester, zhubnout by chtělo 72 % nutričních terapeutů a 90,23 % všeobecných sester. U nutričních terapeutů jich bylo s váhou spokojeno 8,33 % při obezitě 1. stupně a 25 % při obezitě 2. stupně, zbytek respondentů si přálo zhubnout. U všeobecných sester bylo při obezitě 1. stupně spokojeno 3,23 %, zbytek respondentů si přálo zhubnout.

Tabulka 1 - Spokojenost s váhou

Váš vystudovaný obor je:	Rozdělení váhy dle BMI	Ano	Ne, přál(a) bych si přibrat	Ne, přál(a) bych si zhubnout
Nutriční terapeut	Podváha	2	1	
	Normální hmotnost	70	1	21
	Nadváha	7		18
	Obezita 1. stupně	1		11
	Obezita 2. stupně	1		3
	Obezita 3. stupně			1
Nutriční terapeut Celkem		81	2	54
Všeobecná sestra	Podváha	6	4	
	Normální hmotnost	113	4	152
	Nadváha	17		157
	Obezita 1. stupně	3		90
	Obezita 2. stupně			36
	Obezita 3. stupně			14
Všeobecná sestra Celkem		139	8	449
Celkový součet		220	10	503

Při hodnocení předchozího grafu je nutné brát v potaz, že nejnižší zastoupení měli respondenti v podváze (3 lidi u nutričních terapeutů a 10 lidí u všeobecných sester) a v obezitě 2. a 3. stupně (celkem pět lidí u nutričních terapeutů a 50 lidí u všeobecných sester).

Graf 5 - Spokojenost s postavou



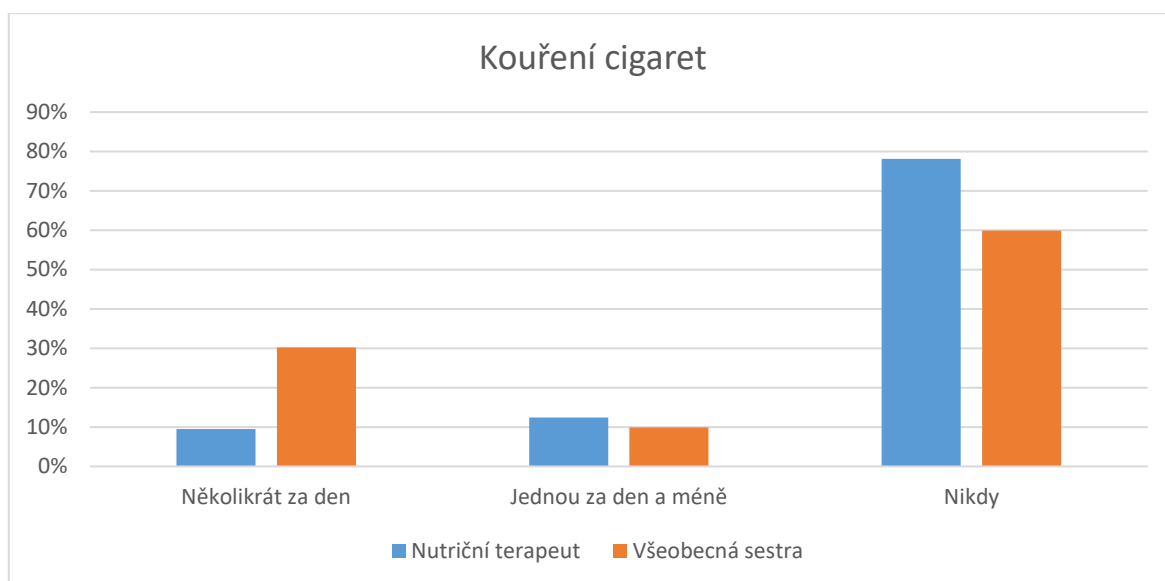
Při podvaze ani při obezitě 3. stupně není se svou postavou spokojeno 100 % nutričních terapeutů, při normální hmotnosti jich není spokojeno 31,52 %, při nadvaze 68 %, při obezitě 1. stupně 83,33 % a při obezitě 2. stupně 75 %. U všeobecných sester jich není se svou postavou spokojeno 40 % při podvaze, 62,45 % při normální hmotnosti, 87,93 % při nadvaze, 95,70 % při obezitě 1. stupně, 97,22 % při obezitě 2. stupně a 92,86 % při obezitě 3. stupně. Zbytek respondentů se svou postavou spokojen je.

Tabulka 2 - Spokojenost s postavou

Váš vystudovaný obor je:	Rozdělení váhy dle BMI	Ne	Ano
Nutriční terapeut	Podváža	3	
	Normální hmotnost	29	63
	Nadváža	17	8
	Obezita 1. stupně	10	2
	Obezita 2. stupně	3	1
	Obezita 3. stupně	1	
Nutriční terapeut Celkem		63	74
Všeobecná sestra	Podváža	4	6
	Normální hmotnost	168	101
	Nadváža	153	21
	Obezita 1. stupně	89	4
	Obezita 2. stupně	35	1
	Obezita 3. stupně	13	1
Všeobecná sestra Celkem		462	134
Celkový součet		525	208

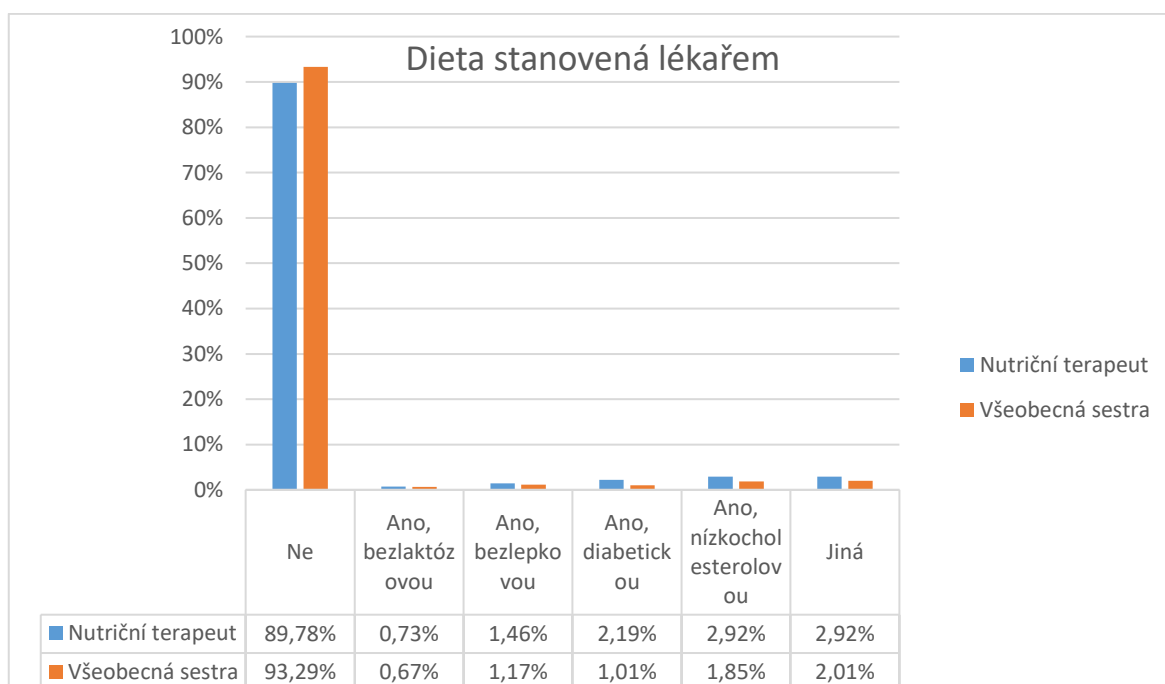
U hodnocení grafu číslo 5 je opět nutné přihlídnout k rozložení respondentů.

Graf 6 - Kouření cigaret



Několikrát za den kouří 9,49 % nutričních terapeutů a 30,20 % všeobecných sester. Jednou za den a méně kouří 12,41 % nutričních terapeutů a 9,90 % všeobecných sester. Nikdy nekouří 78,10 % nutričních terapeutů a 59,90 % všeobecných sester.

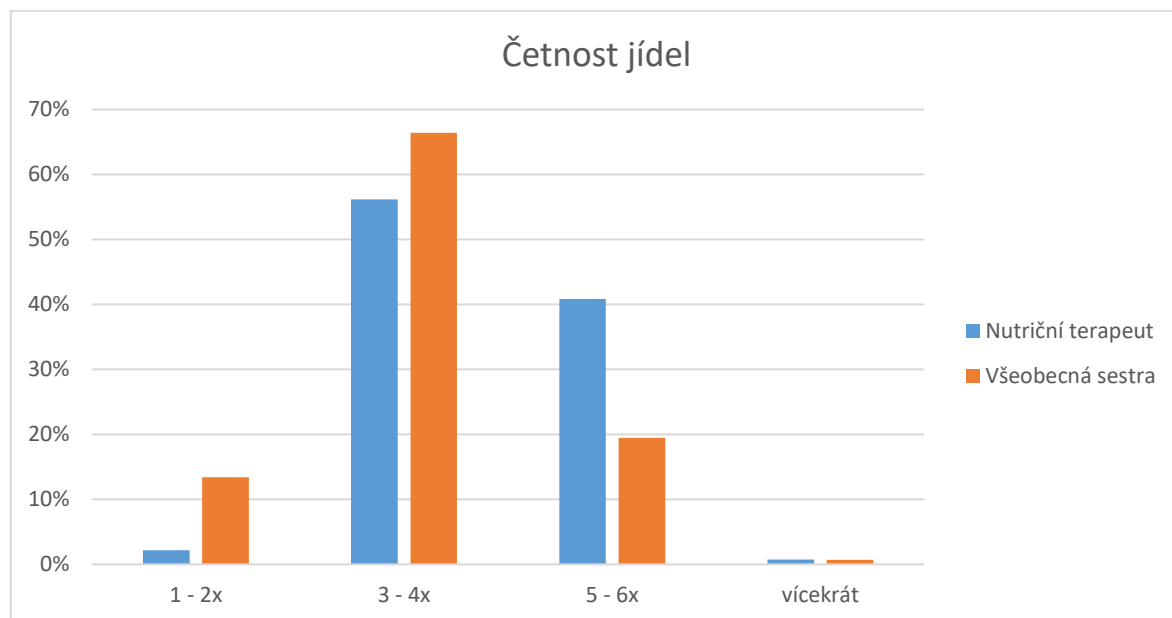
Graf 7 - Dieta stanovená lékařem



Většina respondentů neměla žádnou dietu stanovenou lékařem (89,78 % nutričních terapeutů a 93,29 % všeobecných sester). Bezlaktózovou dietu předepsal lékař 0,73 % nutričních terapeutů a 0,67 % všeobecných sester. Bezlepkovou dietu mělo stanovenou 1,46 % nutričních terapeutů a 1,17 % všeobecných sester. Diabetickou dietu mělo předepsáno 2,19 % nutričních terapeutů a 1,01 % všeobecných sester. Nízkocholesterolová

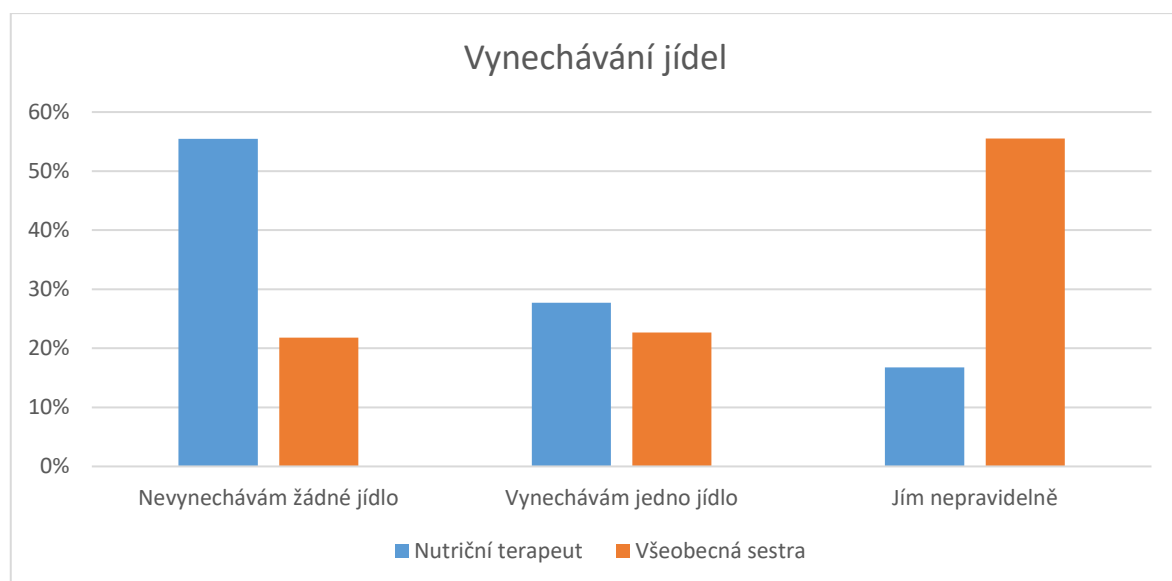
dieta byla předepsána 2,92 % nutričních terapeutů a 1,85 % všeobecných sester. Jinou dietu uvedlo 2,92 % nutričních terapeutů a 2,01 % všeobecných sester, mezi nimi byly zmíněny bezezbytková, redukční a vysokokalorická.

Graf 8- Četnost jídel



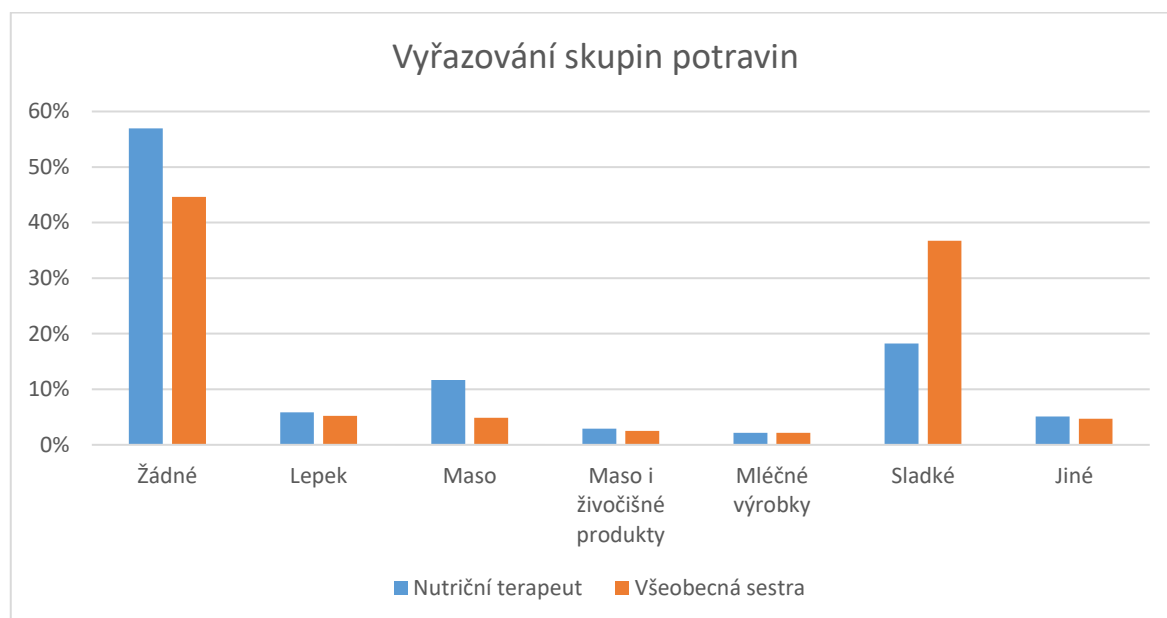
Jendo až dvě jídla denně sní 2,19 % nutričních terapeutů a 13,42 % všeobecných sester. Nejčastěji jí respondenti tři až čtyři jídla za den, a to 56,20 % nutričních terapeutů a 66,44 % všeobecných sester. Pět až šest jídel denně konzumuje 40,88 % nutričních terapeutů a 19,46 % všeobecných sester. Častěji než šestkrát denně jí 0,73 % nutričních terapeutů a 0,67 % všeobecných sester.

Graf 9 - Vynechávání jídel



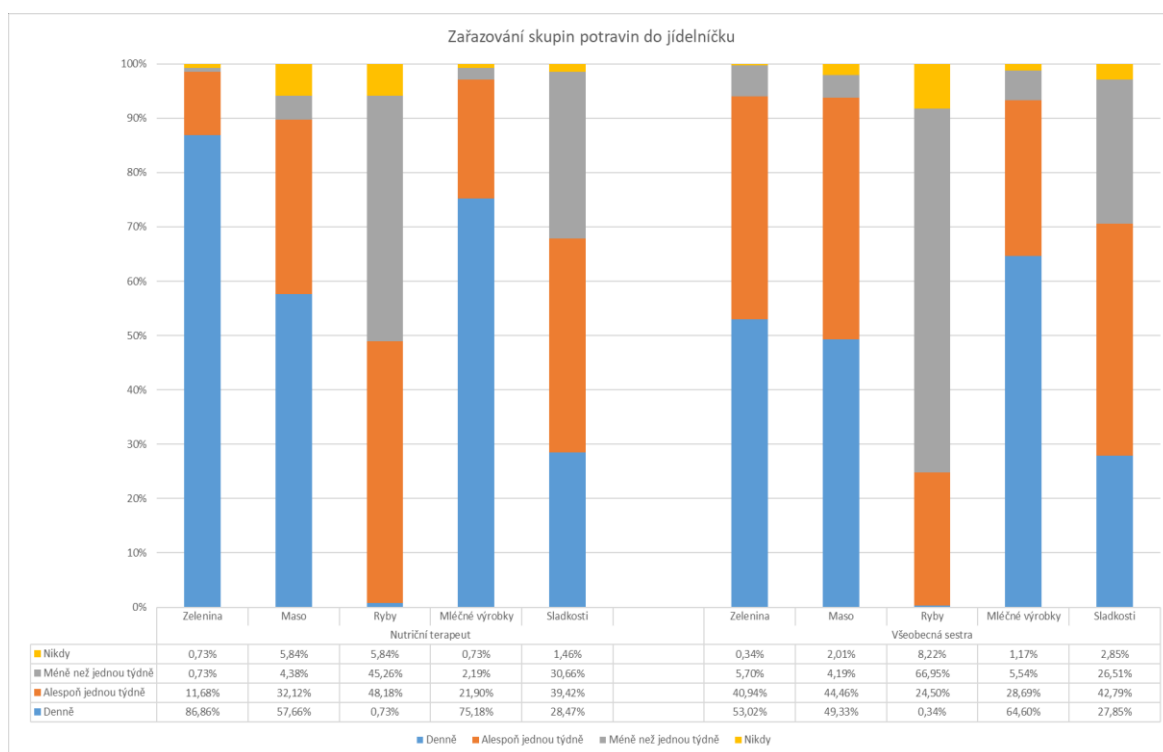
Žádné jídlo za den nevynechává 55,47 % nutričních terapeutů a 21,81 % všeobecných sester. Jedno jídlo dne vynechává 27,74 % nutričních terapeutů a 22,65 % všeobecných sester. Zcela nepravidelně jí 16,79 % nutričních terapeutů a 66,54 % všeobecných sester.

Graf 10 - Vyřazování skupin potravin



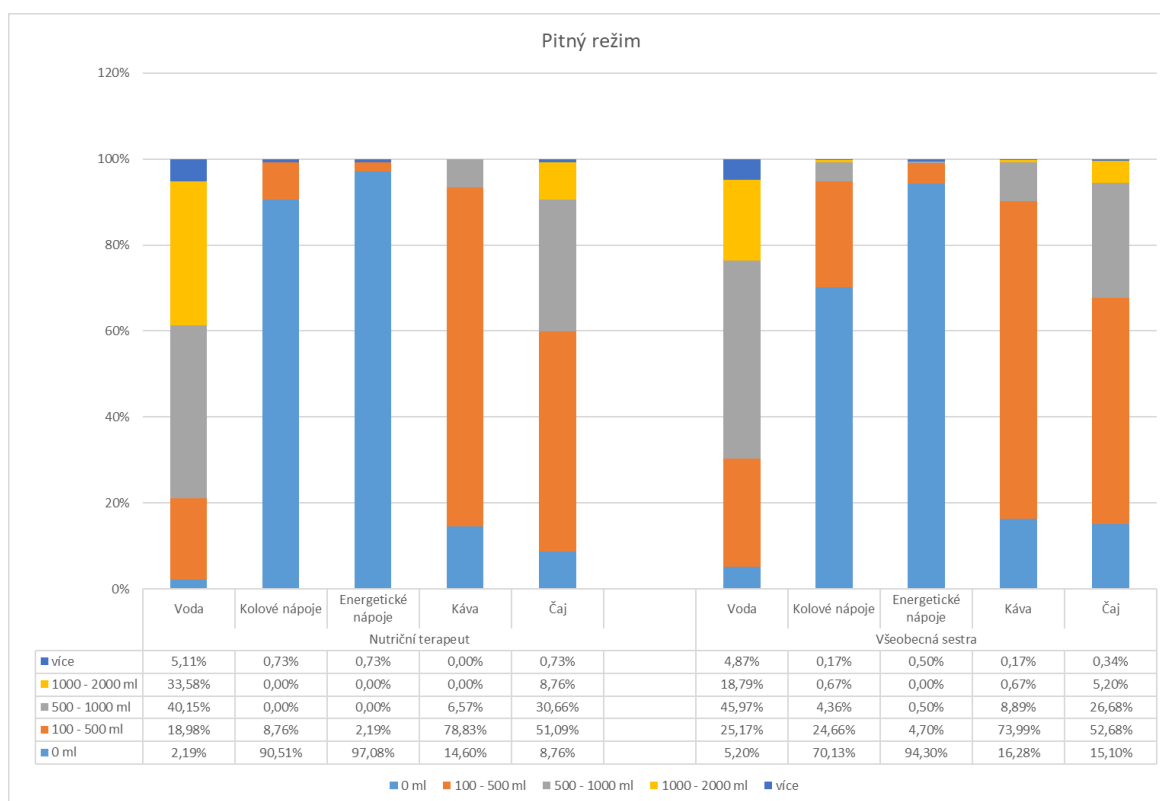
Největší část respondentů nevyřazuje žádné skupiny potravin, a to 56,93 % nutričních terapeutů a 44,63 % všeobecných sester. Nejvíce dotázaní vyřazují sladké – 18,25 % nutričních terapeutů a 36,74 % všeobecných sester. Maso vyřazuje 11,68 % nutričních terapeutů a 4,87 % všeobecných sester. Maso zároveň se živočišnými produkty vyřazuje 2,92 % nutričních terapeutů a 2,52 % všeobecných sester. Lepek vyřazuje 5,84 % nutričních terapeutů a 5,20 % všeobecných sester. Mléčné výrobky vyřazuje 2,19 % nutričních terapeutů a 2,18 % všeobecných sester. Možnost „jiné“ zvolilo 5,11 % nutričních terapeutů a 4,70 % všeobecných sester, mezi nejčastějšími jinými možnostmi byly sacharidy, uzeniny, pečivo, tučné a smažené. U této otázky měli respondenti možnost zvolit jednu i více možností, součet odpovědí tedy nedává 100 %.

Graf 11 - Zařazování skupin potravin do jídelníčku



Nutriční terapeuté konzumují zeleninu následovně často: 86,86 % denně, 11,68 % alespoň jednou týdně, 0,73 % méně než jednou týdně a 0,73 % nikdy. Maso jich jí denně 57,66 %, alespoň jednou týdně 32,12 %, méně než jednou týdně 4,38 % a nikdy 5,84 %. Ryby jich konzumuje denně 0,73 %, alespoň jednou týdně 48,18 %, méně než jednou týdně 45,26 % a nikdy 5,84 %. Mléčné výrobky jí denně 75,18 %, alespoň jednou týdně 21,90 %, méně než jednou týdně 2,19 % a nikdy 0,73 %. Sladkosti jí každý den 28,47 %, alespoň jednou týdně 39,42 %, méně než jednou týdně 30,66 % a nikdy 1,46 %. Všeobecných sester konzumuje zeleninu denně 53,02 %, alespoň jednou týdně 40,94 %, méně než jednou týdně 5,70 % a nikdy 0,34 %. Maso jich jí denně 49,33 %, alespoň jednou týdně 44,46 %, méně než jednou týdně 4,19 % a nikdy 2,01 %. Ryby jich konzumuje denně 0,34 %, alespoň jednou týdně 24,50 %, méně než jednou týdně 66,95 % a nikdy 8,22 %. Mléčné výrobky jí denně 64,60 %, alespoň jednou týdně 28,69 %, méně než jednou týdně 5,54 % a nikdy 1,17 %. Sladkosti jí každý den 27,85 %, alespoň jednou týdně 42,79 %, méně než jednou týdně 26,51 % a nikdy 2,85 %.

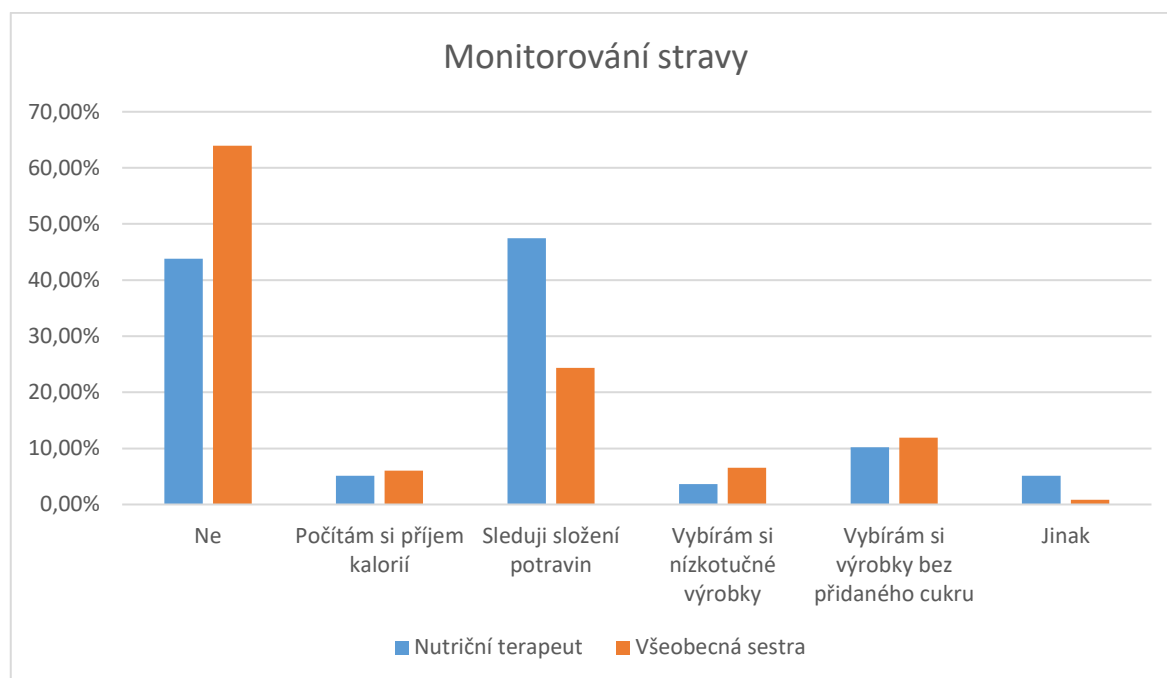
Graf 12 - Pitný režim



Nutriční terapeuté pokrývají svůj denní pitý režim následovně. Žádnou vodu nepije 2,19 % z nich, 100–500 ml vody jich vypije 18,98 %, 500–1000 ml vody jich vypije 40,15 %, 1000–2000 ml vody jich vypije 33,58 %, více než 2 litry vody jich vypije 5,11 %. Žádné colové nápoje a slazené limonády nepije 90,51 % nutričních terapeutů, 100–500 ml za den jich vypije 8,76 %, 500–2000 ml nevypije nikdo a více než 2000 ml 0,73 %. Energetické nápoje vůbec nepije 97,08 % nutričních terapeutů, 100–500 ml jich vypije 2,19 %, 500–2000 ml nevypije nikdo a více než 2000 ml 0,73 %. Žádnou kávu nepije 14,60 % nutričních terapeutů, 100–500 ml kávy jich vypije 78,83 %, 500–1000 ml kávy vypije 6,57 % a více než litr kávy nevypije žádný z respondentů z oboru nutriční terapeut. Vůbec čaj nepije 8,76 %, 100–500 ml čaje vypije 51,09 %, 500–1000 ml čaje vypije 30,66 %, 1000–2000 ml čaje vypije 8,76 % a více než dva litry vypije 0,73 %. Všeobecné sestry pokrývají svůj denní pitý režim následovně. Žádnou vodu nepije 5,20 % z nich, 100–500 ml vody jich vypije 25,17 %, 500–1000 ml vody jich vypije 45,97 %, 1000–2000 ml vody jich vypije 18,79 %, více než 2 litry vody jich vypije 4,87 %. Žádné colové nápoje a slazené limonády nepije 70,13 % všeobecných sester, 100–500 ml jich vypije 24,66 %, 500–1000 ml jich vypije 4,36 %, 1000–2000 ml vypije 0,67 % a více než 2000 ml 0,17 %. Energetické nápoje vůbec nepije 94,30 % všeobecných sester, 100–500 ml za den jich vypije 4,70 %, 500–1000 ml vypije 0,50 %, 1000 – 2000 ml nevypije nikdo a více než 2000 ml 0,50 %. Žádnou kávu nepije 16,28 % všeobecných sester, 100–500 ml kávy jich vypije 73,99 %, 500–1000 ml kávy vypije 8,89 %, 1000–2000 ml vypije 5,20 % a více než dva litry kávy vypije 0,17 %. Vůbec čaj nepije

15,10 %, 100–500 ml čaje vypije 52,68 %, 500–1000 ml čaje vypije 26,68 %, 1000–2000 ml čaje vypije 5,20 % a více než dva litry vypije 0,34 %.

Graf 13 - Monitorování stravy



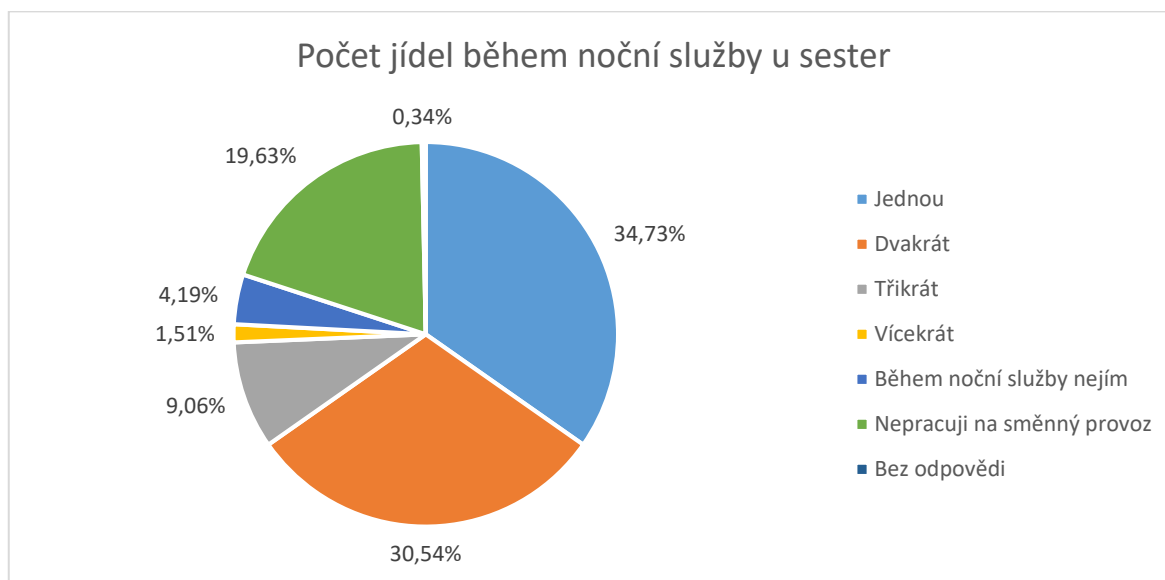
Stravu si vůbec nemonitoruje 43,80 % nutričních terapeutů a 63,93 % všeobecných sester. Nejčastěji respondenti sledují složení potravin, a to 47,45 % nutričních terapeutů a 24,33 % všeobecných sester. Další způsoby monitorování stravy byly následující. Vybírání výrobků bez přidaného cukru – 10,22 % nutričních terapeutů a 11,91 % všeobecných sester, počítání kalorického příjmu – 5,11 % nutričních terapeutů a 6,04 % všeobecných sester a vybírání nízkotučných potravin – 3,65 % nutričních terapeutů a 6,54 % všeobecných sester. Jinými způsoby si stravu monitoruje 5,11 % nutričních terapeutů a 0,84 % všeobecných sester. U této otázky měli respondenti možnost zvolit jednu i více možností, součet odpovědí tedy nedává 100 %.

Graf 14 - Důvody pro nepravidelné jezení sester



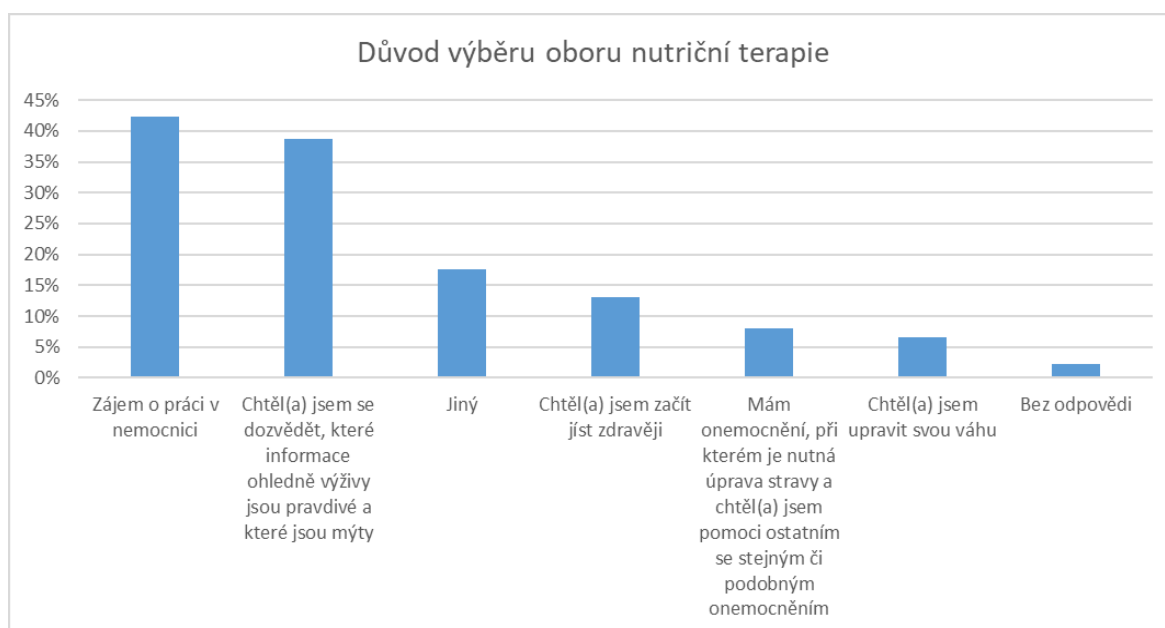
Z důvodu nedostatku času se nestíhá najíst 89,77 % všeobecných sester, další významné důvody jsou, že nemají čas na jídlo myslet – 14,93 % a že nemají jídlo připravené s sebou – 16,95 %. Že během služeb jí pravidelně, odpověděli pouze 4 respondenti, tedy 0,67 %, jiný důvod uvedlo také 0,67 % respondentů a neodpovědělo 6 všeobecných sester. U této otázky měli respondenti možnost zvolit jednu i více možností, součet odpovědí tedy nedává 100 %.

Graf 15 - Počet jídel během noční služby u sester



Jednou se během noční služby nají 34,73 % všeobecných sester, dvakrát 30,54 %, třikrát 9,06 %, více než třikrát 1,51 % a vůbec během nočních služeb nejí 4,19 % všeobecných sester. Na směnný provoz nepracuje 19,63 % respondentů a na otázku jich neodpovědělo 0,34 %.

Graf 16 - Důvod výběru oboru nutriční terapie



Nejvíce ke studiu oboru nutriční terapie vedl respondenty zájem o práci v nemocnici – 42,34 % a touha dozvědět se pravdivé informace ohledně výživy – 38,69 %. Dalšími důvody byly úmysl začít jíst zdravěji – 13,14 %, touha pomoci ostatním s onemocněním, se kterým se sami potýkali – 8,03 %, touha upravit svou váhu – 6,57 %. Jiný důvod mělo 17,52 % respondentů, mezi nejčastějšími byly například přání rodičů, nutriční terapeut v rodině a zájem o sport a výživu. U této otázky měli respondenti možnost zvolit jednu i více možností, součet odpovědí tedy nedává 100 %.

5. Diskuse

Výzkum byl proveden pro odhalení rozdílů ve stravování nutričních terapeutů a všeobecných sester. Měl prozkoumat, zda má na stravovací návyky nutričních terapeutů vliv jejich vzdělání, a jestli jejich stravovací zvyklosti budou vhodnější, než u všeobecných sester. Dále bylo z odpovědí zjišťováno, jak všeobecné sestry ve stravování ovlivňuje směnný provoz a zda se potvrdí sklony obou skupin k PPP.

Dotazník správně vyplnilo celkem 733 zdravotníků, a to konkrétně 596 všeobecných sester a 137 nutričních terapeutů. Sehnat odpovědi od nutričních terapeutů bylo složitější, protože jich tento obor studuje a povolání následně vykonává méně než všeobecných sester. Pro vyhodnocení dvou otázek jsem následně respondenty rozdělila do šesti skupin na základě BMI (skupina podváha, normální hmotnost, nadváha, obezita 1. stupně, obezita 2. stupně a obezita 3. stupně). Ve skupině podváha a obezita 3. stupně je velmi malé procento respondentů, což může zkreslovat výsledky u hodnocení otázek na základě těchto skupin. U nutričních terapeutů je to 2,19 %, tedy tři vyplněné dotazníky, ve skupině podváha a 0,73 %, tedy jeden vyplněný dotazník, ve skupině obezita 3. stupně. U všeobecných sester je zastoupení ve skupině podváha 1,68 %, tedy 10 vyplněných dotazníků, a ve skupině obezita 3. stupně 2,35 %, tedy 14 vyplněných dotazníků. Věkově byla největší část respondentů ve skupině od 18 do 30 let (43 % nutričních terapeutů a 36 % všeobecných sester), to bude pravděpodobně způsobeno skutečností, že jsem dotazník distribuovala pouze pomocí internetu. Zastoupení jednotlivých věkových skupin však klesalo pozvolna. Většina respondentů (89,78 % nutričních terapeutů a 93,29 % všeobecných sester) nemá žádnou dietu stanovenou lékařem. Jelikož byl dotazník anonymní, předpokládám, že respondenti na všechny otázky odpověděli pravdivě, nelze to však žádným způsobem ověřit.

Otázky na frekvenci zařazování určitých skupin potravin a na pokrývání pitného režimu byly zodpovězeny následovně. Zelenina by se v jídelníčku měla vyskytovat každý den, konkrétně bychom měli sníst 600 g zeleniny a ovoce za den, z čehož na zeleninu připadá 400 g (Hanáková, Chvílová-Weberová, & Volná, 2015). Každý den zařazuje zeleninu 86,86 % nutričních terapeutů a oproti nim pouze 53,02 % všeobecných sester. Protože v dotazníku nebyla uvedena gramáž a nebyl tedy stanoven požadavek na určité množství zkonsumované zeleniny, je mírně nadpoloviční výsledek u všeobecných sester poměrně nízký.

Kvůli vysokému obsahu dobře vstřebatelného vápníku jsou i mléčné výrobky doporučeny konzumovat denně (Zlatohlávek, 2016), to dodržuje 75,18 % nutričních terapeutů a 64,60 % všeobecných sester.

Ryby alespoň jednou týdně konzumuje 48,18 % nutričních terapeutů a téměř o polovinu méně všeobecných sester – 24,50 %. Protože ryby jsou významným zdrojem vitamínu A, D a jódu (Málková, 2012), je tento výsledek velmi nízký.

Maso jí denně více nutričních terapeutů (57,66 %) než všeobecných sester (49,33 %). Zároveň je také více vegetariánů mezi nutričními terapeuty (5,84 %) než mezi všeobecnými sestrami (2,01 %). Čekala jsem, že se tyto dva extrémy budou více vyskytovat u všeobecných sester, rozdíly mezi nimi ale nejsou tak velké.

Frekvence jezení sladkostí je u nutričních terapeutů i všeobecných sester podobná, zde jsem předpokládala, že více sladkostí budou jíst všeobecné sestry. Vysvětlení tohoto výsledku je pravděpodobně takové, že na otázku, zda vyřazují některé potraviny ze svého jídelníčku, odpovědělo dvakrát více všeobecných sester (36,74 %) než nutričních terapeutů (18,25 %), že vyřazují právě sladké.

Překvapivé bylo, že pitný režim nutričních terapeutů i všeobecných sester je nedostatečný. Více než dva litry vody denně vypije pouze 5,11 % nutričních terapeutů a 4,87 % všeobecných sester a 1–2 litry vody vypije 33,58 % nutričních terapeutů a 18,79 % všeobecných sester. Pitný režim se dá pokrývat také neslazeným čajem, ani toho ale respondenti nevypijí dostatek, většina jich vypije 100–500 ml čaje denně (51,09 % nutričních terapeutů a 52,86 % všeobecných sester).

Colové nápoje a slazené limonády, které jsou zdrojem velkého množství cukru, pijí méně nutriční terapeuté, 100–500 ml jich vypije 8,76 %, než všeobecné sestry, kterých vypije 100–500 ml těchto nápojů 24,66 %. Energetické nápoje nepije vůbec většina respondentů, pouze 2,19 % nutričních terapeutů vypije 100–500 ml těchto nápojů a 4,70 % všeobecných sester jich vypije stejný objem. To hodnotím kladně. Kávu pijí nutriční terapeuté i všeobecné sestry v přibližně stejném množství. Většina jich pije 100–500 ml kávy denně (78,83 % nutričních terapeutů a 73,99 % všeobecných sester).

1. hypotéza byla, že nutriční terapeuté budou díky svému vzdělání dodržovat zásady zdravého stravování lépe než všeobecné sestry. Tato hypotéza se potvrdila.

Otázky ohledně počtu jídel za den a jejich pravidelnosti byly zodpovězeny následovně. Nejvíce respondentů jí 3–4 jídla denně (56,20 % nutričních terapeutů a 66,44 % všeobecných sester). 5–6 jídel denně jí přibližně 2x více nutričních terapeutů (40,88 %) než všeobecných sester (19,46 %). 1–2 jí pouze 2,19 % nutričních terapeutů a 13,42 % všeobecných sester. Zcela nepravidelně se stravuje 55,54 % všeobecných sester, jedno jídlo denně vynechává, 22,65 % všeobecných sester. Oproti tomu nutričních terapeutů se stravuje nepravidelně pouze 16,79 %.

2. hypotéza byla, že četnost jídel u sester bude nižší než 3 jídla denně. Tato hypotéza se nepotvrdila.

3. hypotéza byla, že více než 50 % všeobecných sester se stravuje nepravidelně. Tato hypotéza se potvrdila.

Výsledky ohledně stravování všeobecných sester během nočních služeb vyšly následovně. Nejčastější důvod pro vynechávání jídel během noční služby byl nedostatek času, uvedlo ho 89,77 % všeobecných sester. Téměř polovina z respondentů pracujících na směnný provoz se během noční služby nají pouze jednou nebo vůbec, tento výsledek je velmi vysoký a je dokonce o 15 % vyšší, než uvedl průzkum proveden Americkou asociací sester. Podle dalšího výzkumu provedeného touto asociací si dají častěji přestávku kuřácky než jejich nekouřící kolegyně (Witkoski & Dickson, 2010). V dotazníku přiznalo 30,20 % sester, že kouří vícekrát než jednou denně, ty tedy čas, který mají, zřejmě využijí spíše na pauzu na cigaretu než na přestávku na jídlo.

4. hypotéza byla, že všeobecné sestry během nočních služeb nejedí z důvodu nedostatku času. Tato hypotéza se potvrdila

Při zjišťování důvodů nutričních terapeutů pro studium jejich oboru jsem se z dotazníku dozvěděla, že i když si největší část nutričních terapeutů (42,34 %) obor zvolilo kvůli zájmu o práci v nemocnici, velmi velké procento jich šlo obor studovat kvůli možnosti získání většího množství informací o výživě (38,69 %), touze jíst zdravěji (13,14 %) a touze upravit svou váhu (6,57 %). Někteří respondenti v konkrétních odpovědích dokonce uvedli, že chtěli získat informace, aby se mohli sami vyléčit z PPP.

5. hypotéza byla, že nutriční terapeuté začali obor studovat, aby se dozvěděli více informací o výživě. Tato hypotéza se potvrdila.

Z dotazníku jsem také zjišťovala, jak jsou obě skupiny spokojeny se svou váhou, svým tělem a jak se zajímají o skladbu konzumovaných potravin. 6,67 % nutričních terapeutů a 60 % všeobecných sester jsou spokojeni se svou váhou, i přesto že se svým BMI nacházejí v podvaze. 22,83 % nutričních terapeutů a dokonce 56,51 % všeobecných sester by si přálo zhubnout, přestože se svým BMI nacházejí v normální hmotnosti. I přesto, že vysoké procento nutričních terapeutů je v podvaze spokojeno se svou váhou, se svou postavou jich spokojeno není 100 %. Všeobecných sester je v podvaze se svou postavou, stejně jako tomu bylo u váhy, spokojeno 60 %. Při BMI odpovídající normální hmotnosti je se svou postavou spokojeno mnohem více nutričních terapeutů (68,48 %) než všeobecných sester (37,55 %). Z výsledků tedy vyplývá, že přestože mají respondenti zdravé BMI, spokojené se svým tělem nejsou a naopak, i v podvaze se najdou jedinci, kteří se svou

postavou spokojeni jsou. Překvapivé bylo, že kalorický příjem si počítá více všeobecných sester (6,04 %) než nutričních terapeutů (5,11 %). Složení potravin si však hlídá téměř o polovinu více nutričních terapeutů (47,45 %) než všeobecných sester (24,33 %).

6. hypotéza byla, že nutriční terapeuté i zdravotní sestry jsou rizikovou skupinou pro poruchy příjmu potravy. Tato hypotéza se potvrdila, avšak překvapilo mě, že horší výsledky zde vyšly u všeobecných sester.

6. Závěr

Praktická část této práce zkoumala pomocí dotazníku, jaké jsou stravovací zvyklosti nutričních terapeutů a všeobecných sester a porovnávala vzájemné odlišnosti. Cílem bylo zjistit, zda se nutriční terapeuté na základě svého vzdělání stravují lépe než všeobecné sestry a jaký vliv má na stravování u všeobecných sester směnný provoz. Výzkum se také věnoval riziku vzniku poruch příjmu potravy u obou skupin.

Výsledky dotazníku ukázaly, že obecná výživová doporučení dodržují více nutriční terapeuté než všeobecné sestry. Potravinové komodity z dotazníku, které je prospěšné zařazovat do našeho jídelníčku často (zelenina, mléčné výrobky a ryby), konzumují častěji nutriční terapeuté ve všech třech případech. Zároveň pijí méně colových nápojů, slazených limonád a energetických nápojů. Kladně vyšlo, že téměř 37 % všeobecných sester cíleně vyřazuje ze svého jídelníčku sladké, a tak frekvence konzumování sladkostí je u obou skupin podobná. Obě skupiny by se však měly zaměřit na dodržování pitného režimu, který vyšel jako nedostatečný. Dále z výsledků vyplývá, že nejčastěji všeobecné sestry sice konzumují 3–4 jídla denně, avšak více než 50 % se jich stravuje nepravidelně. Během noční služby se jich většina kvůli nedostatku času nají pouze jednou nebo vůbec. Výsledky také potvrdily, že nutriční terapeuté i všeobecné sestry jsou rizikovou skupinou pro poruchy příjmu potravy. Velká část nutričních terapeutů uvedla, že začala studovat obor kvůli získání více informací o výživě, touze jíst zdravěji a touze upravit svou hmotnost. Téměř 67 % všeobecných sester by si přálo zhubnout, přestože se se svým BMI nacházejí v normální hmotnosti.

Došla jsem k závěru, že všeobecným sestrám by jistě pomohlo k lepšímu zdraví, větší psychické pohodě, a tedy i lepším pracovním výkonům, aby dostaly prostor a hlavně čas ke sněžení jídla během služeb, a aby během pauzy na jídlo převzala zodpovědnost za jejich pacienty některá z kolegyní. Vhodná by také byla školení, kde by získaly základní doporučení, jak se správně stravovat, spolu s tipy na přípravu rychlých a nutričně vyvážených svačin, a kde by bylo zdůvodněno, proč je pro jejich zdraví důležité najít si čas na přichystání kvalitního jídla s sebou. Zde by se dalo inspirovat projektem Národní zdravotnické služby Velké Británie Eat Well Nurse Well.

To, že jsou nutriční terapeuté i všeobecné sestry rizikovou skupinou pro PPP, je fakt, se kterým se dá dělat jen málo. Důležité je zaměřit se u obou skupin na dostatečnou informovanost nejen o těchto poruchách, ale i o zdravém životním stylu celkově. Těm, kteří již potřebují odbornou pomoc a stojí o ni, by měl být zajištěn snadno dostupný přístup k ní.

7. Seznam použité literatury

- Butscher, H., & Moore, L. (2015). Healthy Eating During Shifts. *Ohio Nurses Review*, 90(6), 6.
- Cassie, F. (2012). Sugar, snacking and shiftwork. *Nursing Review*, 12(9), 10.
- Chrpová, D. (2010). *S výživou zdravě po celý rok*. Praha: Grada.
- Drábková, J. (2017). Disrupce cirkadiánní rytmicity ve střídavých směnách [Online]. In *Anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicína* (p. 58). Praha: Národní lékařská knihovna. Retrieved from <https://1url.cz/xMBhW>
- Hanáková, T., Chvílová-Weberová, M., & Volná, P. (2015). *Velká česká kniha o matce a dítěti* (2. aktualizované vydání). Brno: CPress.
- Kasper, H. (2015). *Výživa v medicíně a dietetika*. Praha: Grada.
- Keogh, K. (2014). Healthy eating campaign aims to improve nurses' wellbeing. *Nursing Standard*, 29(3), 7.
- Krch, F. D. (2010). *Mentální anorexie* (2., přeprac. vyd). Praha: Portál.
- Krch, F. D. (2016). Poruchy příjmu potravy [Online]. *Pediatric Pro Praxi*, 17(4), 238 - 239. Retrieved from <https://1url.cz/tMBh7>
- Kunová, V. (2011). *Zdravá výživa* (2., přeprac. vyd). Praha: Grada.
- Langmeier, J., & Krejčířová, D. (2006). *Vývojová psychologie* (2.nd ed.). Praha: Grada.
- Mahn, H. M., & Lordly, D. (2015). A Review of Eating Disorders and Disordered Eating amongst Nutrition Students and Dietetic Professionals. [Online]. *Canadian Journal Of Dietetic Practice And Research*, 76(1), 38 - 43. Retrieved from <https://1url.cz/0MBhP>
- Málková, H. (2012). Nutriční benefity ryb [Online]. In *Stobklub*. Praha: Stobklub. Retrieved from <https://1url.cz/iMa3H>
- Mourek, J. (2012). *Fyziologie: učebnice pro studenty zdravotnických oborů* (2., dopl. vyd). Praha: Grada.
- Murray, N. (2013). Wellbeing. *Australian Nursing & Midwifery Journal*, 21(4), 27.

- Papežová, H. (2018). *Anorexie, bulimie a psychogenní přejídání: interdisciplinární a transdiagnostický pohled*. Praha: Mladá fronta.
- Papežová, H. (2010). *Spektrum poruch příjmu potravy*. Praha: Grada.
- Piňha, J., & Poledne, R. (2009). *Zdravá výživa pro každý den*. Praha: Grada.
- Procházková, L., & Sladká-Ševčíková, J. (2017). *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Pasparta.
- Svačina, Š., Müllerová, D., & Bretšnajdrová, A. (2013). *Dietologie pro lékaře, farmaceuty, zdravotní sestry a nutriční terapeuty* (2., upr. vyd). Praha: Triton.
- Taussig, J. (2017). Jídlo a emoce [Online]. Retrieved January 31, 2019, from <https://1url.cz/UMBC2>
- Tichá, L., & Podracká, L. (2016). Kostné zdravie u detí a mladistvých s mentálnou anorexiou [Online]. *Pediatrica Pre Prax*, 17(4), 157 - 159. Retrieved from <https://1url.cz/mMBCE>
- Vránová, D. (2013). *Chronická onemocnění a doporučená výživová opatření*. Olomouc: ANAG.
- Witkoski, A., & Dickson, V. V. (2010). Hospital Staff Nurses' Work Hours, Meal Periods, and Rest Breaks [Online]. *Aaohn Journal*, 58(11), 489 - 497. Retrieved from <https://1url.cz/3MBhV>
- Zlatohlávek, L. (2016). *Klinická dietologie a výživa*. Praha: Current Media

Seznam zkratk

BMI – body mass index

BMR – bazální metabolismus

CNS – centrální nervový systém

EPA - kyselina eikosapentaenová

GI – glykemický index

GIT – gastrointestinální trakt

MK – mastné kyseliny

PPP – porucha příjmu potravy

Seznam grafů

Graf 1 - Profese respondentů	26
Graf 2 - Věk respondentů	26
Graf 3- BMI respondentů	27
Graf 4 - Spokojenost s váhou	27
Graf 5 - Spokojenost s postavou	29
Graf 6 - Kouření cigaret	30
Graf 7 - Dieta stanovená lékařem	30
Graf 8- Četnost jídel	31
Graf 9 - Vynechávání jídel	31
Graf 10 - Vyřazování skupin potravin.....	32
Graf 11 - Zařazování skupin potravin do jídelníčku	33
Graf 12 - Pitný režim	34
Graf 13 - Monitorování stravy.....	35
Graf 14 - Důvody pro nepravidelné jezení sester	36
Graf 15 - Počet jídel během noční služby u sester	36
Graf 16 - Důvod výběru oboru nutriční terapie	37

Seznam tabulek

Tabulka 1 - Spokojenost s váhou	28
Tabulka 2 - Spokojenost s postavou	29

Seznam příloh

Příloha č. 1: Dotazník

Příloha č. 1: Dotazník

Dobrý den,

věnujte prosím několik minut svého času vyplnění následujícího dotazníku, který poslouží jako podklad pro bakalářskou práci na téma „Stravovací zvyklosti zdravotníků“. Dotazník se skládá ze 16 otázek, účast ve výzkumu je anonymní.

Předem děkuji za spolupráci.

Stravovací zvyklosti zdravotníků

1. Váš vystudovaný obor je:
 - a. Nutriční terapeut
 - b. Všeobecná sestra
2. Kolik je vám let?
 - a. 18 – 30
 - b. 31 – 40
 - c. 41 – 50
 - d. 51 – 60
 - e. 61 a více
3. Jaká je vaše výška v centimetrech a váha v kilogramech?
 - a. Prosím, doplňte. _____
4. Jste spokojen/a se svou váhou?
 - a. Ano
 - b. Ne, přál/a bych si zhubnout
 - c. Ne, přál/a bych si přibrat
5. Máte nějakou dietu stanovenou lékařem?
 - a. Ne
 - b. Ano, diabetikou
 - c. Ano, bezlepkovou
 - d. Ano, bezlaktózovou
 - e. Ano, nízkocholesterolovou
 - f. Ano, jinou. Doplňte prosím jakou. _____
6. Kouříte cigarety?
 - a. Několikrát za den

- b. Jednou za den a méně
- c. Nikdy

7. Vyřazujete ze svého jídelníčku určité skupiny potravin?

- a. Maso
- b. Maso i živočišné produkty
- c. Lepek
- d. Mléčné výrobky
- e. Sladké
- f. Žádné nevyřazuji

8. Kolikrát denně jíte?

- a. 1 – 2x
- b. 3 – 4x
- c. 5 – 6x
- d. Vícekrát

9. Vynecháváte některá z jídel?

- a. Nevynechávám žádné jídlo
- b. Vynechávám jedno jídlo
- c. Jím zcela nepravidelně

10. Jak často do svého jídelníčku zařazujete následující skupiny potravin?

	Denně	Alespoň jednou týdně	Méně než jednou týdně	Nikdy
Zelenina				
Maso				
Ryby				
Mléčné výrobky				
Sladkosti				

11. Jaký objem daných tekutin denně vypijete?

	0 ml	100–500 ml	500–1000 ml	1000–2000 ml	Více
Voda					
Colové nápoje a slazené limonády					
Energetické nápoje					
Káva					
Čaj					

12. Monitorujete si nějakým způsobem svou stravu a její složení?

- Počítám si příjem kalorií
- Sleduji složení potravin
- Vybírám si nízkotučné výrobky
- Vybírám si výrobky bez přidaného cukru
- Svou stravu si nijak nemonitoruji
- Jinak. Napište prosím jak. _____

13. Jste spokojen/a se svou postavou?

- Ano
- Ne

Otázka pouze pro nutriční terapeuty

14. Co vás vedlo ke studiu vašeho oboru?

- Zájem o práci v nemocnici
- Mám onemocnění, při kterém je nutná úprava stravy a chtěl/a jsem pomoci ostatním se stejným či podobným onemocněním
- Chtěl/a jsem se dozvědět, které informace ohledně výživy jsou pravdivé a které jsou mýty
- Chtěl/a jsem začít jíst zdravěji
- Chtěl/a jsem upravit svou váhu
- Jiný důvod. Napište prosím jaký. _____

Otázky pouze pro všeobecné sestry

15. Pokud během služeb jíte nepravidelně, jaké jsou vaše důvody?

- Nestíhám se najíst
- Na jídlo si ani nevzpomenou
- Nemám jídlo připravené s sebou

- d. Jím pravidelně
- e. Jiný důvod. Napište prosím jaký. _____

16. Kolikrát se najíte během noční služby?

- a. Nepracuji na směnný provoz
- b. Během noční služby nejím
- c. Jednou
- d. Dvakrát
- e. Třikrát
- f. Vícekrát

EVIDENCE VÝPŮJČEK

Prohlášení: Beru na vědomí, že odevzdáním této závěrečné práce poskytuji svolení ke zveřejnění a k půjčování této závěrečné práce za předpokladu, že každý, kdo tuto práci použije pro svou přednáškovou nebo publikační aktivitu, se zavazuje, že bude tento zdroj informací řádně citovat.

V Praze, 25. 4. 2019

Podpis autora závěrečné práce

Jako uživatel potvrzuji svým podpisem, že budu tuto práci řádně citovat v seznamu použité literatury.

Jméno	Ústav / pracoviště	Datum	Podpis